Lane Medical Library

Aus der Berliner Universitäts-Frauenklinik
Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Bumm

Ueber wiederholte und rezidivierende Eklampsie

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der
Medizinischen Doktorwürde
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

Von

Karl Böhmer
aus Polen

Tag der Promotion: 7. August 1919

Emil Ebering, Berlin NW 7, Mittelstraße 29

1919

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. His

Referenten: Prof. Dr. Warnekros

Prof. Dr. His

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

Der Ausdruck „rezidivierende Eklampsie“ wurde zum erstenmal von Olshausen gebraucht. Wir verstehen darunter diejenigen Fälle von Eklampsie, wo bei einer Frau in derselben Schwangerschaft nach einer Pause von mindestens zweimal 24 Stunden die eklamptischen Anfälle wieder auftreten. Im Gegensatz hierzu steht die „wiederholte Eklampsie“, unter welcher man das Auftreten von Eklampsie in zwei oder mehreren Schwangerschaften versteht. Die beiden Ausdrücke „rezidivierende“ und „wiederholte Eklampsie“ werden nicht bei allen Autoren in demselben Sinne gebraucht. Grenser versteht unter rezidivierender Eklampsie eine Wiederholung derselben in verschiedenen Schwangerschaften. Lichtenstein schlägt für die rezidivierende Eklampsie im Sinne Olshausens die Bezeichnung „intermittierende Eklampsie“ vor. Den Ausdruck „Rezidivieren“ möchte dieser Verfasser nur für die Geschwülste lassen. Zweifellos können wir aber auch bei der Eklampsie von einem Rezidiv sprechen. Ebenso wie bei den Geschwülsten können wir bei der Eklampsie zuweilen ein Stadium finden, wo sämtliche Erscheinungen derselben soweit zurückgegangen sind, daß wir die betreffende Frau für gesund halten oder wenigstens von der Eklampsie geheilt, um dann von einem nochmaligen Auftreten derselben überrascht zu werden. Zum klinischen Bilde der Eklampsie gehören nicht nur die Anfälle. Wissen wir doch, hauptsächlich durch die Sektionsbefunde Schmorls, daß es selbst eine Eklampsie ohne Anfälle gibt. Wir rechnen auch zum Symptombild der Eklampsie (Eklampsismus) das Benommensein, Kopf-

schmerzen, gewisse Augenerscheinungen, den Eiweißgehalt des Urins usw. Zur rezidivierenden Eklampsie können wir demnach nicht diejenigen Fälle hinzuzählen, wo die obengenannten Erscheinungen weiterdauern, selbst wenn die Anfälle aufgehört haben sollten, um dann nach einer mehr oder weniger langen Pause wieder aufzutreten. Die Krampfanfälle können durch narkotische Mittel wie Morphium, Chloral, Chloroform unterdrückt werden. Wenn nun unter dieser Behandlung, trotz Aufhören der Krämpfe, das Befinden der Frauen weiterhin bedrohlich bleibt und die Therapie fortgesetzt wird, so können wir nicht von einer „rezidivierenden Eklampsie" sprechen, selbst wenn die Anfälle 3—4 Tage wegbleiben sollten, um dann doch von neuem aufzutreten. Eine gewisse Vorsicht müssen wir noch anwenden, um die eklamptischen Anfälle von Krämpfen anderer Aetiologie auseinanderzuhalten. Es kann bei einer Frau, die früher immer gesund gewesen ist, während der Schwangerschaft eine Epilepsie auftreten, dazu kann sich auch eine Eklampsie hinzugesellen. Und so können Zweifel entstehen, ob eklamptische oder epileptische Krämpfe vorliegen. Wenn die betreffende Frau in der Klinik beobachtet wird, so werden diese beiden Zustände wohl unterschieden werden können, in einer gewissen Anzahl von Fällen sind wir aber hinsichtlich des ersten Auftreten der Eklampsie allein auf die Aussagen der Kranken oder ihrer Angehörigen angewiesen und so wird daher bei denselben eine gewisse Kritik nötig sein. Auch die Unterscheidung von uraemischen Krämpfen ist nicht immer leicht; hauptsächlich in den Fällen, wo die Frau bereits vor der Schwangerschaft Zeichen einer Nierenaffektion besaß. Alle diese Prozesse, die uns eine Eklampsie vortäuschen können, müssen wir daher ausschließen, um von einer wirklichen rezidivierenden Eklampsie zu sprechen. In den meisten Fällen wird jedoch die Diagnose leicht möglich sein; Zeichen einer Nierenaffektion, wie Eiweiß im Urin, Schwel-

lungen, Freisein von Krämpfen in führerer Zeit und als wichtigstes die Beobachtung von Anfällen in der Klinik, lassen uns auch die außerhalb beobachteten mit größter Wahrscheinlichkeit als eklamptische bezeichnen.

Wir werden als rezidivierende Eklampsie nur diejenigen Fälle ansehen, wo nicht nur die Anfälle für eine gewisse Zeit aufhörten, sondern wo auch die übrigen Symptome der Eklampsie ganz oder nahezu vollständig verschwunden waren; die Kranke darf nicht unter der Wirkung von narkotischen Mitteln stehen. Dieses völlige Verschwinden der eklamptischen Symptome kann unter günstigen Umständen trotz Fortgangs der Schwangerschaft bis zur Geburt andauern; wir sprechen dann nach dem Vorschlag von Lichtenstein von interkurrent geheilter Eklampsie. In einer Anzahl von scheinbar geheilten Fällen treten aber die eklamptischen Erscheinungen im weiteren Verlauf der Schwangerschaft, in der Geburt oder im Wochenbett von neuem auf; dann sprechen wir von rezidivierender Eklampsie.

Ueber derartige Fälle von rezidivierender Eklampsie wird von Lichtenstein berichtet, welcher ihr Auftreten für nicht selten ansieht. Ebenso beschreibt Freund 3 derartiger Fälle und macht besonders darauf aufmerksam, daß eine Frau, bei der die eklampt. Anfälle, trotz fortbestehender Schwangerschaft aufhörten, also eine scheinbar interkurrente Heilung eingetreten war, doch ferner genau zu beobachten ist, da ihr auch weiterhin die Gefahr droht und die Eklampsie plötzlich ohne besondere Vorboten wieder eintreten und sogar zum Tode führen kann, wofür er ein Beispiel anführt. Auch wir verfügen über eine gleiche Beobachtung, über die später eingehend berichtet werden wird. Ferner finden sich Angaben bei E. Zweifel, der einen Fall selbst beobachtete, desgleichen Büttner. Vereinzelte Beobachtungen erwähnen C. Rugell, P. Zweifel, Engelmann, Ahlfeld und Esch.

Daß es nur selten zu einem Rezidiv der Eklampsie kommt, ist ja ohne weiteres verständlich, wenn wir bedenken, daß in der großen Mehrzahl aller Eklampsien die Schwangerschaft mit dem Auftreten der eklamptischen Krämpfe zur Unterbrechung kommt. Damit wird die für die Eklampsie verantwortliche Giftquelle, das Ei, aus dem mütterlichen Organismus entfernt. Immerhin kann das bis zur Ausstoßung der Frucht in den mütterlichen Körper übergegangene Gift genügen, um noch im Wochenbett ein einmaliges oder wiederholtes Auftreten der Eklampsie zu bewirken.

Ein Rezidivieren der Eklampsie werden wir am leichtesten in den Fällen erwarten können, wo sie bereits in früheren Monaten aufgetreten und durch geeignete Behandlung ohne Unterbrechung der Gravidität geheilt worden ist. Dabei werden sich bei konservativer Behandlung der Eklampsie die Mehrzahl der Rezidive finden. Doch auch nach operativer Entbindung kann es im Wochenbett zu erneuten Auftreten der Eklampsie kommen. Im allgemeinen ist aber das Rezidivieren der Eklampsie in dem von uns verstandenen Sinne verhältnismäßig selten. Unter 1500 Fälle von Eklampsie, die in den Jahren 1892—1918 an der Universitäts-Frauenklinik zu Berlin beobachtet wurden, finden sich 23 Fälle von rezidivierender Eklampsie = 1,5%.

12 Fälle, wo nur die Anfälle aufhörten, die Patientinnen aber auch in der Zwischenzeit benommen, unklar, oder die mit Epilepsie verbunden waren, oder wo die Frauen dauernd narkotische Mittel bekamen, haben wir nicht mitgezählt. Die Pause zwischen dem ersten Auftreten der Eklampsie und dem Rezidiv beträgt 62 Stunden bis 48 Tage.

Abgesehen von einer 39jährigen Patientin, standen die übrigen Frauen in einem Alter von 17—30 Jahre. In 15 Fällen = 65% handelt es sich um Erstgebärende, in 8 Fällen = 35% um Mehrgebärende.

Von den 23 Frauen starben 2 = 8,6%. Eine Patientin

starb an Sepsis nach vaginalem Kaiserschnitt, welcher bei bei Wiederaftreten der Eklampsie vorgenommen wurde, nachdem 32 Tage vorher die Eklampsie durch einen kräftigen Aderlaß mit Erfolg behandelt worden war. (Nr. 8.) Bei der zweiten Frau wiederholten sich die Anfälle, nachdem sie 24 Tage vollständig aufgehört hatten und Patientin starb bald nach der Entbindung (Nr. 6).

Da eine Frau nach Ueberstehen der rezidivierenden Eklampsie mit lebendem Kind entbunden entlassen wurde (Nr. 1) und andererseits 2 Zwillingsgeburten vorkamen, so sind im ganzen 24 Kinder zur Welt gebracht worden. 15 Kinder waren lebend, 8 tot, Gesamtmortalität der Kinder, beträgt also 34,7 %. Wenn wir nur die lebensfähigen Kinder berücksichtigen, worunter wir die Kinder von 2000 gr und mehr Gewicht verstehen, so ergibt sich eine Mortalität von 15,2 %. Von den 8 Mehrgebärenden verliefen bei 6 die vorhergegangene Schwangerschaften normal, bei 2 Frauen finden sich Aborte, respektive Frühgeburten (Nr. 4 und 22). Ueber spätere Schwangerschaften ist nichts bekannt, abgesehen von einer Patientin (Nr. 12), die 3 Jahre später wieder an Eklampsie erkrankte.

Der Eiweißgehalt des Urins bei den Patientinnen wechselt zwischen Spuren und 24 %, in der anfallsfreien Zeit wird er fast stets bis auf geringe Mengen herabgesunken angegeben und steigt gewöhnlich kurz vor oder mit Ausbruch des Rezidivs wieder an, um mit vollständiger Entleerung des Uterus schnell wieder abzufallen oder zu verschwinden.

Unsere 23 Fälle von rezidivierender Eklampsie lassen sich je nach dem Zeitpunkte der ersten Erkrankung und des Rezidivs in folgende Gruppen teilen:

1. Reine Schwangerschaftseklampsie (Fall 1 — 5);
2. Schwangerschaft- und Geburtseklampsie (Fall 6 — 10 und Fall 23);

3. Schwangerschaft und Wochenbettseklampsie (Fall 11 bis 15);
4. Geburtseklampsie (Fall 16 und 17);
5. Geburt und Wochenbettseklampsie (Fall 18—21);
6. Wochenbettseklampsie (Fall 22).

Dabei haben wir als Geburtseklampsie gehörig alle diejenigen Fälle gerechnet, wo die Eklampsie zwischen Wehenbeginn und völliger Entleerung des Uterus auftrat.

Die Therapie und das Zeitverhältnis zwischen den eklamptischen Anfällen, der Schwangerschaft und der Entbindung gestalteten sich wie folgt:

Gruppe I. Reine Schwangerschaftseklampsie.

Therapie bei den ersten Anfällen:

Fall 1: Morphium
„ 2 „
„ 3 ?
„ 4 Morphium
„ 5 ? Medizin.

Therapie bei dem Wiederauftreten der Anfälle:

Fall 1 Chloral, Morphium;
„ 2 Schwitzbett, Chloral, Metreuryse;
„ 3 Chloral, Metreuryse;
„ 4 Aderlaß von 600 ccm; Chloral, Morphium, vaginaler Kaiserschnitt;
„ 5 Morphium, Extraktion.

Auftreten der eklamptischen Anfälle:

Fall 1. einmal im 6. Monat, nach 19 Tagen Rezidiv, unentbunden entlassen;
„ 2. einmal ein Anfall im 8. Monat, nach 7 Tagen Rezidiv, 24 Stunden später Entbindung.

„ 3. einmal? Anfälle im 6. Monat, nach 23 Tagen Rezidiv;
„ 5. einmal 2 Anfälle im 5. Monat, nach 48 Tagen 3 Anfälle.

Besonders sei hervorgehoben, daß von den geborenen Kindern nur ein lebte, die anderen waren weit unter 2000 gr schwer, aber auch das lebende Kind wog nur 1500 gr.

Gruppe II. Schwangerschaft und Geburtseklampsie.

Therapie bei den ersten Anfällen:

Fall 6. Chloral, Morphium, später Milchdiät.
„ 7. ?
„ 8. Aderlaß von 1000 ccm, 0,015 Morphium;
„ 9. Aderlaß von 600 ccm, später Milchdiät;
„ 10. Aderlaß von 1100 ccm;
„ 13. Morphium.

Therapie bei dem Wiederauftreten der eklampt. Anfälle:

Fall 6. Chloral, Aderlaß von 260 ccm, Morphium, künstlicher Blasensprung;
„ 7. Forceps;
„ 8. vaginaler Kaiserschnitt;
„ 9. Aderlaß von 400 ccm;
„ 10. — — —
„ 13. Morphium, Forceps.

Auftreten der eklamptischen Anfälle:

Fall 6 einmal 4 Anfälle im 8. Monat, nach 24 Tagen in der Geburt 9 Anfälle;
„ 7 einmal 6 Anfälle im ? Monat, nach 7 Tagen in der Geburt 10 Anfälle;

„ 8 einmal 4 Anfälle im 7. Monat, nach 32 Tagen in der Geburt ein Anfall;
„ 9 einmal 5 Anfälle im 9. Monat, nach 8 Tagen in der Geburt 2 Anfälle;
„ 10 einmal 7 Anfälle im 9. Monat, nach 28 Tagen in der Geburt ein Anfall;
„ 13 einmal 3 Anfälle im 8. Monat, nach 8 Tagen in der Geburt Cyanose und Coma.

In Gruppe II gehören die beiden Todesfälle Nr. 6 und 8. Von den 7 geborenen Kindern waren 5 über 2000 gr schwer und ein Zwillingskind im Falle 6 und 10 tot.

Gruppe III.

Schwangerschafts- und Wochenbetts-eklampsie.

Therapie bei den ersten eklamptischen Anfällen:

Fall 11 Einleitung der künstlichen Geburt;
„ 12 — — —
„ 13 — — —
„ 14 Künstliche Geburt;
„ 15 Morphium.

Therapie bei dem Wiederauftreten der Anfälle:

Fall 11 Morphium, Chloral;
„ 12 Morphium, Chloral, Schwitzprozeduren;
„ 13 Chloral, elektr. Schwitzbett.
„ 14 Aderlaß von 300 ccm, 1 Liter Kochsalz, Chloral.
„ 15 — — —

Auftreten der eklamptischen Anfälle:

Fall 11 einmal 12 Anfälle im 6. Monat, 24 Stunden darauf Entbindung, nach 3 Tagen 2 Anfälle;

„ 12 einmal 2 Anfälle im 9. Monat, 5 Tage nach bindung 5 Anfälle;

„ 13 einmal 10 Anfälle im 9. Monat, der letzte ein Tag vor der Entbindung. 4 Tage nachher 9 Anfälle;

„ 14 einmal 3 Anfälle im 9. Monat, nach 3 Tage nach der Entbindung 2 Anfälle;

„ 15 einmal 4 Anfälle im 9. Monat, der letzte 8 Stunden vor der Entbindung. 4 Tage nachher noch ein ekl. Anfall.

Kinder im Falle 11 und 15 tot.

Gruppe IV. (Geburtseklampsie).

Therapie bei den ersten eklamptischen Anfällen:

Fall 16 Morphium;

„ 17 Künstlicher Blasensprung.

Therapie bei dem Wiederauftreten der Anfälle:

Fall 16 Morphium, Forceps;

„ 17 Forceps.

Auftreten der eklamptischen Anfälle:

Fall 16 einmal 5 Anfälle im 8. Monat bei Beginn der Wehentätigkeit, nach 4 Tagen in der Geburt noch 4 Anfälle;

„ 17 einmal 4 Anfälle im 9. Monat bei Beginn der Wehentätigkeit, 3 Tage später nach einer inneren Untersuchung ein Anfall.

Gruppe V.
Geburts-und Wochenbettseklampsie.

Therapie bei den ersten exlampt. Anfällen:

Fall 18. erforationu nPd Extraktion des toten Kindes;

„ 19 Morphium, Forceps;

„ 20 Morphium, Venaesectio von 280 ccm Blut, Forceps;
„ 21 Morphium, Aderlaß von 350 ccm, Bossi, Wendung, Extraktion.

Therapie bei dem Wiederaufbau der Anfälle:
Fall 18 Morphium, Chloral;
„ 19 — — —
„ 20 Morphium, Aderlaß von 280 ccm, Kochsalz;
„ 21 Morphium, Chloral, Aderlaß, Coffein, Kampher.

Auftreten der exlampt. Anfälle:
Fall 18 einmal ein Anfall in der Geburt im ? Monat, post partum im Abstande von 3 Tagen 4 Anfälle.
„ 19 einmal 2 Anfälle im 9. Monat in der Geburt, 62 Stunden nach der Entbindung 2 Anfälle;
„ 20 einmal 7 Anfälle im 9. Monat in der Geburt, 5 Tage post partum 6 Anfälle.
„ 21 einmal 25 Anfälle im 9. Monat in der Geburt, nach 10 Tagen 2 Anfälle.

Gruppe VI. Wochenbettseklampsie.

Therapie bei den ersten eklampt. Anfällen:
Fall 22. — — —
Therapie bei dem Wiederauftreten der Fälle:
Fall 22, Chloral, Morphium.
Auftreten der eklamptischen Anfälle:
Fall 22 einmal 5 Anfälle post partum. 5 Tage später, nochmals 3 beobachtete Anfälle. Frühgeburt im 7. Monat.

Nach Ueberstehen der rezidivierenden Eklampsie mußte

die Patientin wegen Psychose nach der Nervenklinik verlegt werden.

Im ganzen wurden 8 Frauen beim nochmaligen Auftreten der Eklampsie sofort entbunden, resp. die Geburt wurde eingeleitet. Bei der rezidivierenden Eklampsie wurden 7 Frauen sofort entbunden, oder die Geburt durch Bossi, Metreuryse eingeleitet.

Aderlaß wurde bei 8 Frauen ausgeführt, die Behandlung bestand sonst in der Darreichung von Morphium, Chloral, Schwitzprozeduren usw.

Zusammenfassend können wir über die rezidivierende Eklampsie folgendes sagen: Der Verlauf der rezidivierenden Eklampsie unterscheidet sich nicht von der einfachen. Mutter und Kind sind nicht schwerer bedroht; die Kinder nur insofern, als dieselbe häufig vor normalem Ende der Schwangerschaft auftritt und meist zur Frühgeburt bei noch nicht lebensfähigem Kinde führt. Nach Ueberstehen einer Eklampsie werden wir die betreffende Frau weiterhin zu beobachten haben, um nicht von neuem Auftreten derselben überrascht zu werden.

Fall 1.

Schwangerschaftseklampsie. Acht Anfälle in der Gravidität, Wiederauftreten derselben nach 19 Tagen, Frau wird unentbunden mit lebendem Kind entlassen.

Jahrgang 1892, Journal No. 4356 Frau S.

Anamnese: 25 J., III. para. Befinden gut, am 21. 12. 92 Frost, Kopfschmerz. Am 23. 12. der erste eklampt. Anfall. Bis zur Einlieferung um 9 Uhr abends 8 Anfälle. Aufnahmebefund, den 23. 12. Bewußtsein nicht vorhanden, ruhig infolge Morphium. 25. 12. gut geschlafen, weiß nichts vom Kranksein. Am 3. 1. 93 entlassen. Am 2. 11. 93 wird die Frau wieder in die Klinik gebracht, hatte am 11. 1. 7 eklampt. Anfälle. Bekam 2,0 Chloral per Clysma. Aufnahmebefund: Gesicht gedunsen, untere Extremitäten ödematös. 9 Uhr

7 Min. vormittags den 12. 1. in der Klinik typischer eklamptischer Anfall. 0,03 Morphium. 13. 1. deutliche Wehen, Kind lebt. Kopfschmerzen, Erbrechen. 21. 1. entlassen. Oedem des Gesichts und der unteren Extremitäten verschwunden. Urin-Spur Albumen. Fundus ½ Finger breit über dem Nabel. Kind lebt, Portio erhalten.

Weiterer Verlauf unbekannt.

Fall 2.

Schwangerschaftseklampsie. Ein Anfall 9 Tage, 3 Anfälle 2 Tage vor der spontanen Geburt eines lebenden, unreifen Knaben.

Jahrgang 1900. Journal-No. 813 Frau A. W.

Anamnese: 28 J., I. para. Am 15. 11. 1900 wegen starker Schwellung des Gesichts und der Beine in die Klinik gekommen. Seit einigen Wochen starke Kopfschmerzen. Urin ziemlich hochgestellt, nach Eßbach 8 ‰.

Am 19. 11. mit 6 ‰ nach Eßbach entlassen, soll nach 3 Wochen wiederkommen, Diätvorschrift.

20. 11. Wiederaufnahme. Frau hatte Kopf- und Leibschmerzen, darauf Besinnung verloren und ein eklampt. Anfall trat auf. Erbrechen. Schwitzbett. Wohlbefinden. Pat. bekommt keine Narkotika. Am 27. 11. tritt wieder ein eklampt. Anfall auf. Schwitzbett, 2,0 Chloral per Clysma. Nachm. 3,10 der zweite Anfall. 28. 11. Unruhe, sieht Personen nur verschwommen, ein 3. eklampt. Anfall tritt auf. 0,02 Morphium, darauf Schlaf. 29. 11. treten Wehen auf. Nachm. 2,30 Einlegen eines Colpeurynters. 30. 11. 11. Uhr vorm. wird derselben ausgestoßen, um 1 Uhr ein lebender Knabe von 1500 gr Gewicht und 43 cm Länge geboren. 1. 12. Retinitis circumpapillaris wird diagnostiziert. Am 15. 12. wird die Frau gesund entlassen.

Fall 3.

Schwangerschaftseklampsie.

Eklamptische Anfälle 23 Tage vor der künstlichen Entbindung. Drei Anfälle vor und während derselben. Geburt eines unreifen toten Mädchens. Heilung.

Jahrgang 1903. Journal-Nr. 408. Frau K. G.

Anamnese: 23 J., I. para. Am 25. 4. 03 hatte Patientin eklampt. Anfälle, erst am 29. 4. kam sie wieder zu Bewußtsein. Bis zur Aufnahme am 9. 5. litt sie an Kopfschmerzen und Erbrechen. Status vom 16. 5. 03: Kleine untersetzte Frau, geringe Oedeme. Eiweiß nach Eßbach 8 $^0/_{00}$, Urin getrübt Mikrosk. mäßig granul. Zylinder, wenig hyaline, vereinzelte Nierenepithelien, einige rote Blutkörperchen. I. Schdlg., Portio erhalten, Kopf ballotiert über dem Becken. Am 28. 5. nachm. 2 Uhr erster eklampt. Anfall in der Klinik. Ein Colpeurynter wird in den für einen Finger durchg. Muttermund eingeführt, weitere 2 Anfälle; 11,30 nachm. setzen Wehen ein. 19. 5. corm. 12,30 Geburt eines toten, unreifen Mädchens von 1140 g Gewicht, 35 cm Länge. Weitere Behandlung mit Digitalis, Theobromin. Oedeme gehen zurück. Bei der letzten Untersuchung enthält der Urin verfettete Nierenepithelien in geringer Anzahl, Leukocyten, keine Zylinder. Reichliche Urinmengen, Eßb. $^1/_2$ $^0/_{00}$. 30. 5. Entlassung.

Fall 4.

Schwangerschaftseklampsie.

Ein eklampt. Anfall in der Gravidität, acht Anfälle nach 27 Tagen. Fünf Stunden später vaginaler Kaiserschnitt. Geburt eines toten Kindes dem 7. Monat entsprechend. Heilung.

Jahrgang 1913. Journal Nr. 1079. Frau A. L.

Anamnese: 26. J., II. para. I. Partus — Abort im 2. Monat. Befinden gut. Letzte Menses 5. 12. 12. Seit 4 Wochen geschwollene Beine. Am 11. Juni trat ein eklaupt. Anfall auf.

Aufgenommen 8. Juli. Am Abend zuvor trat ein eklampt. Anfall auf, bis zur Aufnahme weitere 6, in der Klinik wurde ein Anfall 6,15 Vorm. beobachtet. Eßbach 20 $^0/_{00}$. 7 Uhr Aderlaß von 600 ccm, 2,0 Chloral, 0,01 Morphium. Patientin benommen. 11 Uhr Vormittag vaginaler Kaiserschnitt, Kind tot, Alter 7 Monat Keine weiteren Anfälle. Bei wechselndem Pulswerden weiterhin Analeptica verabreicht. Am 16. 7. Sehstörungen: Neurotinitis albun. 16. 8. wird die Frau gesund entlassen.

Fall 5.

Schwangerschaftseklampsie.

2 eklampt. Anfälle 48 Tage, 3 Anfälle am Tage der Extraktion eines toten, unreifen Kindes. Heilung.

Jahrgang 1903. Journal-Nr. 119. Frau A. W.

Anamnese: 25 J., I. para. 30. 12. 1903 traten plötzlich 2 eklampt. Anfälle auf. Einige Tage zuvor Schwellungen der Beine, Kopfschmerzen und Erbrechen. Aufnahmebefund vom 31. 12. 1902: Uterus dem 6. Monat entsprechend, Urin enthält reichlich Eiweiß. Patientin klar, keine Wehen, keine Anfälle.

24. 1. 03 unentbunden entlassen. Wiederaufnahme 16. 2. 03. Nachm. zwischen 3—5 Uhr 3 eklampt. Anfälle; 0,02 Morphium, Urin: Kochprobe gerinnt, Eßb. 20 ‰. Keine Oedeme, etwas gedunsenes Aussehen. Bei fast völlig erweitertem Muttermund. Extraktion eines toten Kindes von 990 g Gewicht und 38 cm Länge. 27. 2. Entlassung, Eßbach ½ ‰.

Fall 6.

Schwangerschaftseklampsie.

4 Anfälle in der Gravidität, nach 24 Tagen 9 eklampt. Anfälle in der Geburt. Reifer lebender Knabe. Weitere Anfälle post partum. Exitus.

Jahrgang 1899. Journal-Nr. 12418. Frau H. B.

Anamnese: 21 J., I. para, stets gesund. Seit etwa 3 Wochen geringe Schwellungen der Füße und zeitweise Kopfschmerzen. Keine Augensymptome, keine Wehen. Letzte Menses: Anfang November 1898. 7. 7. früh 5,45 der erste eklampt. Anfall, dem bald der zweite und dritte folgten. Aufnahmebefund den 7. 7. Gesicht etwas gedunsen, geringes Unterschenkelödem . Sensorium nicht vollständig benommmen. I. Schdlg., Kopf beweglich im Beckeneingang. Fds. ein Querfinger unter dem Rippenbogen, Mm. für den Finger durchgängig, Blase steht. Urin (katheris.) 100 ccm klar, hellgelb, wenig eiweißhaltig, keine Zylinder. Bei der Lagerung am 7. 7. in der Klinik der

vierte Anfall. 2,0 Chloral, 0, 015 Morphium. Patientin trinkt viel, bricht aber. Behandlung mit Diuretin, elektr. Schwitzkasten, Morphium, Chloral, Milchdiät. Am 11. 7. Urin eiweißfrei, Fleisch usw erlaubt. Urin enthält auch 13. und 16. 7. nur wenig Eiweiß. Am 17. 7. auf eigenen Wunsch mit lebendem Kind entlassen. Keine Oedeme.

Am 31. 7. 99 wird Pat. vom Ehemann wiedergebracht, da sie nicht sehen soll. Kopfschmerz und Erbrechen fanden sich ein. Kurz nach Eintritt in die Klinik 2 eklampt. Anfälle. Chloral, Sprengung der Blase, bis zur Geburt weitere 7 Anfälle, Knabe von 3060 g Gewicht und 50 cm Länge. Trotz Schwitzbad, Morphium, Aderlaß von 260 cm. Kochsalzinfusion von 200 ccm wiederholen sich die Anfälle sehr heftig, bis 11 Min. T. 41,4°, Puls sehr beschleunigt, klein, unregelmäßig. 10,05 den 31. 7. Exitus.

Fall 7.

Schwangerschafts- und Geburtseklampsie.

6 eklampt. Anfälle 7 Tage vor der Entbindung durch Forceps 10 Anfälle in der Geburt.

Jahrgang 1902. Journal-Nr. 182. Frau A. J.

Anamnese: 23 J., I. para. Patientin hatte 7 Tage vor der Aufnahme in die Klinik 6 eklampt. Anfälle von einem Arzte beobachtet. Bis zur Entbindung durch Forceps am 26. 5. 02 durch Aerzte aus der Poliklinik 3 eklampt. Anfälle beobachtet. Bis zur Einlieferung weitere 7. Eßbach 2 $^0/_{00}$.

Aufnahme 26. 5. In der Klinik keine Anfälle, Patientin ist ruhig. Am 26. 6. gesund entlassen. Albumen Spur.

Fall 8.

Schwangerschafts- und Geburtseklampsie.

4 eklampt. Anfälle in der Gravidität. Nach 32 Tagen nach Auftreten von Wehen ein schwerer eklampt. Anfall. Eine Stunde später Entbindung durch vaginalen Kaiserschnitt. Geburt eines lebenden Kindes von 1900 g Gewicht und 45 cm Länge. Tod an Sepsis.

Jahrgang 1911. Journal-Nr. 1099. Frau M. O.

Anamnese: 20 J., I. para. Seit Wochen geschwollene Beine, seit 3 Tagen Kopfschmerzen. Am 19. 7. 11 morgens traten 4 eklampt. Anfälle auf. Sofortige Einlieferung in die Klinik.

Aufnahmebefund vom 19. 7. Frau in leichtbenommenem Zustande, reagiert auf Fragen, gibt aber unklare Antworten. Urin erstarrt fast beim Kochen, 15 ‰ Eßb. im Sediment granul. und hyaline Zylinder. Patientin bekommt 0,015 Morphium, Aderlaß von 1100 ccm, worauf sie einschläft. Bis 20. 8. fühlt sich die Frau sehr wohl, Oedeme schwinden fast völlig. Eßbach 4 ‰ bis ¾ ‰. Reichliche Urinmengen. Abends den 20. 7. heftige Kopfschmerzen, das Fruchtwasser fließt ab, Wehen treten auf. 10 Uhr heftiges Erbrechen, halbe Stunde später schwerer eklampt. Anfall mit darauf folgender Bewußtlosigkeit. 11.30 Entbindung durch vaginalen Kaiserschnitt. Keine weiteren Anfälle. 28. 8. Exitus (Sepsis).

Fall 9.

Schwangerschafts- und Geburtseklampsie.

5 Anfälle in der Gravidität, 2 eklampt. Anfälle 8 Tage später in der Geburt. Lebendes Kind von 2800 g Gewicht und 49 cm Länge. Heilung.

Jahrgang 1913. Journal-Nr. 852. Frau H. K.

Anamnese: 24J., I. para. Letzte Menses Anfang September 1912. Seit 3 Wochen starke Schwellung der Beine und in den letzten Tagen des ganzen Körpers. Seit dem 19. 5. heftige Schmerzen im Hinterhaupt, Flimmern vor den Augen. Zu Hause bereits 4 eklampt. Anfälle.

Aufnahmebefund vom 20. 5. 13: Frau ist bewußtlos, gleich nach der Einlieferung in die Klinik der 5. eklampt. Anfall. Eßbach 1 ‰. Aderlaß von 600 ccm. Frau ist bald bei Bewußtsein, fühlt sich wohl. Milchdiät. Die folgenden Tage Wohlbefinden. 23. 5. Eßb. negativ. Am 25. 5. Aufstehen, Pat. klagt nachher über Kopfschmerzen, am 26. 5. Erbrechen. 28. 5. Nachm. 4 Uhr Einsetzen der Wehen, 4,30 Blasensprung, 5,30 eklampt. Anfall von 3 Minuten Dauer; tiefes Coma. 6 Uhr der zweite Anfall. Aderlaß von 400 ccm. 3½ Stunde später Spontangeburt. Keine weiteren Anfälle. 5. 6. 13 gesund entlassen.

Fall 10.

Schwangerschafts- und Geburtseklampsie.

8 eklampt. Anfälle 28 Tage vor und 1 eklampt. Anfall in der Geburt von Zwillingen. Kinder 2200 und 2800 g schwer und je 50 cm lang, das erste maceriert, zweites lebend. Heilung.

Jahrgang 1915. Journal-Nr. 128. Frau B. D.

Anamnese: 27 J., I. para. Immer gesund, während der Menses öfter Krampfanfälle. Seit 10 Wochen Oedeme am ganzen Körper. Außerhalb bereits 7 eklampt. Anfälle.

Aufnahmebefund den 27. 9. 15: Albumen —, Eßbach 25 $^0/_{00}$, Blutdruck 180, Puls 100. Ein eklampt. Anfall in der Klinik, darauf Aderlaß von 1100 ccm, 1 Spritze Morphium. Urin wird heller, nur vereinzelte Zylinder. 5. 10. ist Patientin fast völlig abgeschwollen, Urinmengen bis 23. 10. dauernd reichlich. Eßb. 2 $^0/_{00}$. 24. 10. Vorm. 4,35 eklampt. Anfall, nach welchem sie bald klar ist. Vorher auch nachher klagte sie über Kopfschmerzen. Abends 10 Uhr Spontangeburt der Zwillinge, Placenta wird manuell gelöst. Keine weiteren Anfälle. Im Wochenbett Verhaltung der Lochien, dabei Temperatursteigerung. 4. 10. Lungenembolie mit heftigen Schmerzen in der rechten Seite. Am 27. 10. beschwerdefrei, mit Spuren Eiweiß entlassen.

Fall 11.

Schwangerschafts- und Wochenbetteklampsie.

12 eklampt. Anfälle in der Gravidität zu Haus, 4 Anfälle in der Klinik. Sofortige Einleitung der künstlichen Geburt. 3 eklampt. Anfälle 4 Tage später. Fötus von 700 g Gewicht und 31 cm Länge. Heilung.

Jahrgang 1894. Journal-Nr. 6237. Frau V. B.

Anamnese: 20 J., I. para. Seit Mittag den 26. 1. 94 traten 12 Anfälle auf.

Aufnahmebefund: den 26. 1.: Oedeme, Zunge zerbissen, Atmung schwer, schlechtes Aussehen. Bis 10 Uhr abends 10 Anfälle in der Klinik. Mit einem spitzen Instrument wird in Narkose die Blase gesprengt; 24 Stunden wird der Fötus spontan ausgestoßen. 30. I. Wohl-

befinden, Eßb. $\frac{1}{2}$ ‰. Während Patientin sich mit ihrem Gatten vollkommen vernünftig unterhält, mitten in der Rede bekommt sie einen eklampt. Anfall, darauf Benommenheit. 0,02 Morphium. Noch 2 Anfälle. 7. 2. 94 entlassen. Eßbach $\frac{1}{3}$ ‰. Kochprobe negativ.

Fall 12.

Schwangerschafts- und Wochenbetteklampsie.

Einige Tage vor der spontanen Niederkunft 2 eklampt. Anfälle. Geburt eines lebenden Mädchens von 3490 g Gewicht und 56 cm Länge. 5 Tage post partum 6 typische eklampt. Anfälle.

Dieselbe Frau erkrankt bei einer späteren Gravidität an Eklampsie.

Jahrgang 1898. Journal-Nr. 10841. Frau P.

Anamnese: 29 J., II. para. In der Schwangerschaft viel Kopfschmerz, Schwindel und Magenschmerzen. Letzte Menses 12. 7. 97. Vor einigen Tagen Unwohlsein. Frau verlor das Bewußtsein und 2 eklampt. Anfälle traten auf.

Aufnahmebefund den 7. 4. 98: Stark eiweißhaltiger Urin. Nachmittag wird ein lebendes Mädchen spontan geboren. Wohlbefinden. 12. 4. plötzlich typischer eklampt. Anfall, sofort 0,025 Morphium. Weitere 5 Anfälle, 0,03 Morphium, 2,0 Chloral. Wegen zunehmender Spannung des Pulses Aderlaß von 350 ccm. 22. 4. entlassen, Urin eiweißfrei.

Am 10. 9. 1901 wurde dieselbe Frau von Aerzten aus der Poliklinik entbunden. Kind starb bei der Geburt. Sehr starke, über den ganzen Körper ausgebildete Oedeme. 24 Stunden post partum Eklampsie. Frau wird dem Krankenhause am Friedrichshain eingeliefert. Weiterer Verlauf unbekannt.

Fall 13.

Schwangerschafts- und Wochenbetteklampsie.

5, 2 und 1 Tag vor der Entbindung 10 eklampt. Anfälle. Geburt eines lebenden Kindes von 3000 g Gewicht und 50 cm Länge. 3 Tage post partum abermals 10 Anfälle.

Jahrgang 1899. Journal-Nr. 12476. Frau H. H.

Anamnese: 28 J., VIII. para. Litt häufig an Kopfschmerzen und Erbrechen. Am 6. 8. 99 2 eklampt. Anfälle. Dieselben traten am 9. 8. und 10. 8. wieder auf, zusammen 10 Anfälle.

Aufnahmebefund, den 11. 8.: keine Oedeme, Urin zeigt nur geringe Trübung beim Kochen, Haemoglobin —. Nach künstl. Blasensprung Spontangeburt. Wohlbefinden. Am 14. 8. traten 4 leichte eklampt. Anfälle auf, 2,0 Chloral, Schwitzbad. In der Nacht darauf noch 5 Anfälle, am 15. 8. der letzte eklampt. Anfall. Gesund entlassen.

Fall 14.

Schwangerschafts- und Wochenbetteklampsie.

3 Anfälle in der Gravidität. 3 Anfälle 3 Tage nach der künstlichen Entbindung. Lebendes Kind von 2700 g Gewicht und 48 cm Körperlänge. Heilung.

Jahrgang 1908. Journal-Nr. 901. Frau H. B.

Anamnese: 21 J., I. para. 1. 9. außerhalb der Klinik 2 eklampt. Anfälle, deshalb Einlieferung.

Aufnahmebefund vom 1. 9. 1908: Sensorium getrübt, Oedeme der Unterschenkel, Eßb. 14 $^0/_{00}$. II. Schdlg., lebendes Kind. Auf der Krankenbahre in der Klinik der dritte Anfall, schwer, lang dauernd. Sofortige Entbindung in Chloroformnarkose: Bossi Wendung, Extraktion. 4. 9. Nachmittag bekommt Patientin plötzlich, nachdem sie sich die Tage zuvor sehr wohl gefühlt hat, einen schweren eklampt. Anfall, eine halbe Stunde später noch einen Anfall. Aderlaß von 300 ccm, 1 Liter Kochsalzinfusion. 3 Stunden später der letzte Anfall, 2,0 Chloral Eßbach sinkt auf $^1/_4$ $^0/_{00}$. 15. 9. gesund entlassen.

Fall 15.

Schwangerschafts- und Wochenbetteklampsie.

4 Anfälle in der Gravidität, der letzte 8 Stunden vor der Spontangeburt. Totes Kind von 2750 g Gewicht und 53 cm Länge. Ein eklampt. Anfall 3 Tage post partum. Heilung.

Jahrgang 1898. Journal-Nr. 10966. Frau P. L.

Anamnese: 39 J., II. para. 14. 5. 98 3 eklampt. Anfälle, 0,02 Morphium — außerhalb.

Aufnahmebefund vom 14. 5.: Urin stark eiweißhaltig. In der Klinik 10,40 der 4. Anfall 0,02 Morphium, Einpackung in nasse Tücher. Patientin schläft die Nacht ruhig. 15. 5. treten Wehen auf. Spontangeburt. 16. 5. Wohlbefinden. 17. 5. Kopfschmerz. 18. 5. abends 10,55 ein eklampt. Anfall ½ Minute Dauer. 26. 5. Entlassung.

Fall 16.

Geburtseklampsie.

5 eklampt. Anfälle bei Beginn der Wehentätigkeit. 5 Tage später bei und anschließend an die Geburt 4 Anfälle. Lebende Kinder von je 1700 und 1960 g Gewicht und je 45 cm Länge. Heilung.

Jahrgang 1894. Journal-Nr. 6852. Frau M. N.

Anamnese: 30 J., I. para. Seit längerer Zeit geschwollene Füße, seit 3 Tagen Kopfschmerzen. Zu Haus am 18. 8. 3 eklampt. Anfälle; 0,02 Morphium.

Aufnahmebefund den 18. 7.: Sensorium frei. Zunge zeigt 2 leichte Bißverletzungen. Patientin sieht wie durch einen Schleier. Leichte Wehentätigkeit. In der Klinik am 18. 8. 2 eklampt. Anfälle, 0,03 Morphium, 19., 20. und 21. 8. Sensorium völlig frei, dabei dauernd Wehen, so daß am 26. 8. die Blase gesprengt wird. 22. 8. Vorm. 2,15 der 3. eklampt. Anfall in der Klinik. Sensorium danach leicht benommen, 8¾ Uhr völlig frei; gute Wehen. In Narkose Forceps der beiden Zwillinge, weitere 3 Anfälle. Am 27. 8. Oedeme verschwunden, Urin trübt sich nur beim Kochen. 4. 9. gesund entlassen.

Fall 17.

Geburtseklampsie.

Außerhalb 3 eklampt. Anfälle; in der Klinik 2 Anfälle mit einer Zwischenzeit von 3 Tagen. Alle Anfälle intra partum. Lebendes Kind von 2800 g Gewicht und 51 cm Länge.

Jahrgang 1901. Journal-Nr. 474. Frau K. L.

Anamnese: 29 J., I. para. 2. 9. 7 Uhr morgens 3 eklampt. Anfälle, vorher Kopfschmerzen.

Aufnahmebefund den 2. 9.: Patientin ist klar. Gesicht gedunsen.

Oedeme. Eßbach 8 ‰. Muttermund für den Finger durchgängig, Blase wird gesprengt. Nachmittag der erste ekl. Anfall in der Klinik. 3. und 4. 9. ruhiger Schlaf, mäßige Wehen. 5. 9. nach einer inneren Untersuchung, wobei der Mm. handtellergroß gefunden wurde, heftiger eklampt. Anfall. Da gleichzeitig die kindlichen Herztöne sinken, werden zwei Incisionen in den scharfrandigen Muttermund gemacht, darauf Forceps. Starke Blutung nach Expression der Placenta. 1 Liter physiol. Kochsalzlösung subc.

16. 9. entlassen.

Fall 18.

Geburts- und Wochenbettseklampsie.

Ein eklampt. Anfall in der Geburt. Totes Kind. 3 Tage post partum 4 Anfälle.

Jahrgang 1893. Journal-Nr. 5861. Frau D. E.

Anamnese: 30 J., VI. para. Letzte Menses Ende November 1892. Wehenbeginn am 30. 8. morgens 7 Uhr. Nachm. 2 Uhr ein eklampt. Anfall. Oedeme seit 3—4 Wochen, in den letzten Tagen Kopfschmerzen. 3½ Uhr Perforation und Extraktion des toten Kindes. Am 30. und 31. 8. je ein Anfall, darauf Transport in die Klinik. Hier Nachm. 3,45 den 31. 8. der erste eklampt. Anfall, 0,03 Morphium. 1. und 2. 9. Sensorium vollkommen frei; am 1. 9. noch Klagen über Kopfschmerzen. 2. 9. im Urin nur Spur Albumen. 3. 9. der 2. (5) eklampt. Anfall von 1 Min. Dauer, zuvor ruhig geschlafen. Chloral, darauf tritt Schlaf ein. Keine weiteren Anfälle . Bei der Entlassung Eßbach 2 ‰.

Fall 19.

Geburts- und Wochenbettseklampsie.

2 eklampt. Anfälle in der Geburt. Lebendes Mädchen von 3400 g Gewicht und 52 cm Länge. 62 Stunden später zwei weitere Anfälle.

Jahrgang 1896. Journal-Nr. 9087. Frau M. K.

Anamnese: 17 J., I. para. In letzter Zeit Kopf- und Magenschmer-

zen, am Morgen des 24. 10. trat Amaunrose und Somnolenz auf. Letzte Menses: Mitte Februar.

Aufnahmebefund vom 24. 10.: Patientin tief benommen, mäßige Oedeme der Unterschenkel. Urin stark eiweißhaltig. Am 25. 10. Nachm. 11,06 trat der erste eklampt. Anfall in der Klinik auf, 0,01 Morphium. Zuvor große Unruhe. Patientin schreit und wälzt sich umher. 11,35 der 2. Anfall. 0,015 Morphium. 12,15 Muttermund völlig erweitert. In Narkose Forceps. Nabelschnur beim lebenden Mädchen fest um den Hals geschlungen, muß durchschnitten werden. Nachdem Patientin aus der Narkose erwacht, ist sie bei vollem Bewußtsein, gibt richtige Antworten, keine Kopfschmerzen. 28. 10. vorm. 1,45 ein eklampt. Anfall, nach demselben Sensorium frei. 10,30 der zweite, starke Cyanose, erhebliche Atemstörung. Abends Wohlbefinden. 30. 10. Oedeme nehmen schnell ab, am 3. 11. Eßb. $\frac{1}{4}$ ‰. 7. 11. gesund entlassen.

Fall 20.

Geburts- und Wochenbettseklampsie.

7 Anfälle in der Geburt. Lebendes Kind von 3000 g Gewicht und 52 cm Länge. 5 Tage post partum 6 eklampt. Anfälle.

Jahrgang 1897. Journal-Nr. 9953. Frau A. P.

Anamnese: 26 J., I. para. In der Nacht zum 6. 7. 97 bekam die Frau 5 eklampt. Anfälle, 0,02 Morphium.

Aufnahmebefund vom 6. 7.. Frau tief benommen, Urin gerinnt fast völlig beim Kochen. In der Klinik 2 eklampt. Anfälle, 0,02 Morphium. Wegen starker Cyanose Venaesectio von 280 ccm Blut. Heftige Wehen treten auf, so daß bald zum Forceps geschritten werden kann. Am 8. 7. Sensorium vollkommen frei. 11. 7. plötzlich der 3. (8) eklampt. Anfall. Cyanose, schnarchende Atmung, bis Nachm. 8 Uhr noch 5 Anfälle. 0,02 Morphium. Venaesectio — 280 ccm, Kochsalzinfusion. 11 Uhr Sensorium klar. Keine Anfälle mehr.

22. 8. gesund entlassen.

Fall 21.

Wochenbettseklampsie.

7—15 Stunden post partum 5 eklampt. Anfälle. Nach 5 Tagen weitere Anfälle, 3 davon in der Klinik beobachtet.

Frühgeburt im 7. Monat. Frau wegen Psychose nach der Charité-Nervenklinik verlegt.

Jahrgang 1892. Journal-Nr. 4760. Frau A. P.

Anamnese: 25. J., III. para. I. Partus künstliche Geburt wegen „Nierenwassersucht" II. Partus 1891 — Abort im 6. Monat; seit einiger Zeit ist die Frau total erblindet. 3. 8. 1892 morgens 5 Uhr Frühgeburt im 7. Monat. Mittags der erste eklampt. Anfall, bis ½9 Uhr abends weitere 4. Patientin klagte weiterhin nicht. Am 8. 8. traten wieder eklampt. Anfälle auf, in der Klinik davon 3 beobachtet. Aufgenommen am 8. 8. Behandlung mit Chloral und Morphium. Am 14. 8. Verlegung nach der Charité wegen Psychose. Weiterer Verlauf unbekannt.

Fall 22.

Schwangerschaft-, Geburt- und Wochenbettseklampsie.

In der Gravidität 11 eklampt. Anfälle. Künstl. Geburt. Lebendes Kind von 3200 g Gewicht und 52 cm Länge. Anschließend 14 Anfälle. Im Wochenbett nach 11 Tagen 2 eklampt. Anfälle.

Jahrgang 1910. Journal-Nr. 1049. Frau E. P.

Anamnese: 19 J., I. para. Letzte Menses Mitte Dezember 1909. Am 24. 9. 10 bis zur Aufnahme 9 eklampt. Anfälle.

Aufnahme den 24. 9. 10. In der Klinik der 10. und 11. Anfall, darauf Chloroformnarkose. Bossi, Wendung und Extraktion des lebenden Kindes. Epistiotomie. Darauf um 12 schwerer Anfall von fast 10 Min. Dauer . 0,015 Morphium. Nach weiteren 5 Anfällen wird Aderlaß von 350 ccm Blut gemacht, weitere 3 eklampt. Anfälle. 3,0 Chloral wegen großer Unruhe. Abends nochmals 3,0 Chloral. Am 25. und 26. 11. große Unruhe, wird mit Morphium, Chloral und Scopoloamin behandelt. Am 28. 9. Sensorium frei, Befinden gut. 5. 12. Patientin war ruhig, Eßbach Spur. Plötzlich ohne Vorboten „Psychose-Anfall" ¼ Stunde darauf ein eklampt. Anfall. Morphium, Chlo-

ral per rectum, das sie wieder herauspreßt. Nachm. folgt noch ein Anfall. Aderlaß — sehr wenig dickes Blut; Puls klein, bekommt Coffein, Kampher. Patientin sehr unruhig. Chloral. 6. 10. Patientin ruhig. Sensorium frei. 9 und 14. 10. Temperatursteigerungen. Abgang von Blutcoagula. 21. 10. Entlassung.

Fall 23.

Schwangerschaft- und Geburtseklampsie.

Drei Anfälle 8 Tage vor der Geburt, in derselben Cyanose und Coma. Lebendes unreifes Kind von 2000 g Gewicht und 40 cm Länge. Genesung.

Jahrgang 1904. Journal-Nr. 305. Frau B. B.

Anamnese: 26 J., II. para. Geschwollene Füße, Kopfschmerzen. 3 eklampt. Anfälle zu Haus in der Nacht vor der Aufnahme, von einem Arzte beobachtet. Derselbe gab der Patientin Morphium subcutan.

Aufnahmebefund vom 30. 3. 1904: Urin gerinnt beinahe beim Kochen, Blase steht, Kopf beweglich über dem Becken.

In der Nacht zum 31. 3. große Unruhe, deshalb 0,01 Morphium subcutan. Am 7. 4. wird Patientin wegen aufgetretenen Wehen im Kreissaal gelagert, klagt über Kopf- und Magenschmerzen. Eßbach 10 $^0/_{00}$. 8. 4. keine Wehen, Vormittag 1 Uhr Thermophor, heiße Spülung, darauf treten Wehen auf. Vorm. 11 Uhr wegen der seit einer halben Stunde aufgetretenen Cyanose und Coma wird die Zange bei vollkommen erweitertem Muttermund angelegt.

Am 20. 4. wird Patientin entlassen. Eßbach auf 1 $^0/_{00}$ gesunken.

B. Wiederholte Eklampsie.

Unter wiederholter Eklampsie verstehen wir das Auftreten der Eklampsie in zwei oder mehreren Schwangerschaften bei ein und derselben Frau. Ueber derartige Fälle wird in der Literatur sehr häufig berichtet. Fett stellte in einer Dissertation im Jahre 1901 30 Fälle von wiederholter Eklampsie zusammen und fügte noch eine eigene

Beobachtung hinzu. Beuthe konnte aus den Jahren 1900 bis 1908 in der Literatur 52 Fälle finden, Ahlfeld stellte bis 1908 bereits 108 zusamen und beobachtete selbst 3 Fälle von wiederholter Eklampsie. Lichtenstein berichtet über 6 Fälle unter 400 Eklampsie-Erkrankungen. Meyer-Wirz gibt auf 117 Eklampsien 2 Fälle von wiederholter Eklampsie an. Ueber die Häufigkeit der wiederholten Eklampsie sind die Angaben sehr verschieden. Dührssen und Lichtenstein geben 1,5 %, Büttner 2,4 % an, doch finden sich Angaben bis zu 6,7 % der Fälle von Eklampsie.

Wie wir durch zahlreiche Untersuchungen wissen, sind es in 75 — 80 % aller Fälle Erstgebärende, die an Eklampsie erkrankten, die Möglichkeit einer Wiederholung ist schon dadurch beschränkt. Wenn wir trotzdem unter sämtlichen Eklampsiefällen Wiederholungen bis 6,7 % finden, so ist die wiederholte Eklampsie als ein relativ nicht so seltenes Ereignis anzusehen. Man könnte sich fragen, warum nicht mehr Frauen wiederholt an Eklampsie erkranken. Einmal könnten wir annehmen, daß eine Frau, die eine Eklampsie überstanden hat, nicht mehr schwanger wird, oder daß sie gegen Wiederkehr der Eklampsie immun geworden ist. Beide Annahmen sind, wie die Erfahrung zeigt, nicht richtig. Denn einerseits können Frauen nach vorhergegangener Eklampsie wiederholt normale Schwangerschaften durchmachen und andererseits kann sich die Eklampsie bei der nächsten oder einer späteren Schwangerschaft wiederholen. Selbst Frauen, die in zwei Schwangerschaften an Eklampsie litten, können bei einer dritten vollkommen normal niederkommen. Wir können vorläufig nicht sagen, warum eine Frau in einem Falle wiederholt an Eklampsie erkrankt, in anderem nicht, ebensowenig wie wir heute die wirkliche Ursache der Eklampsie kennen. Bei allen Fällen von angeblich wiederholter Eklampsie, müssen wir an die Möglichkeit denken, daß eine Verwechslung mit Epilepsie in Betracht kommt.

Wie besonders von Zweifel betont wird, ist das beste Merkmal zur Unterscheidung in diesen Fällen der Eiweißgehalt des Urins; wir konnten auf diese Weise in 2 Fällen mit großer Wahrscheinlichkeit eine Eklampsie ausschließen.

Unter 1500 Fällen von Eklampsie konnten wir 43 Fälle = 2,8 % aller Eklampsien finden, wo eine Frau wiederholt an Eklampsie erkrankte. Von den 43 Patientinnen starben bei der wiederholten Eklampsie 13, die Mortalität betrug also 30 %, während die Sterblichkeit unter sämtlichen 1500 Fällen von Eklampsie nur 18 % erreicht also fast die Hälfte kleiner ist.

Unter den Kindern, die geboren wurden, waren einmal Zwillinge; in der Klinik wurden im ganzen 41 Kinder geboren, 16 davon waren tot oder kurz nach der Geburt verstorben, die kindliche Gesamtmortalität beträgt also 39 %. Bei Berechnung der Mortalität der lebensfähigen Kinder (von 2000 und mehr Gramm) erhalten wir eine wesentliche günstigere Zahl; von den 29 lebensfähigen Kindern starben nur 4 = 14 %.

Die Frauen standen im Alter von 42—44 Jahren; die Zeit zwischen der ersten Erkrankung und der wiederholten Eklampsie beträgt 20 Jahre bis 10 Monate.

Der Eiweißgehalt des Urins bei den Patientinnen betrug 32 — ½ %. nach Eßbach; die Frauen wurden mit teils sehr geringem, teils negativem Eiweißbefund entlassen. Angaben über ein schon vor der Schwangerschaft bestehendes Nierenleiden finden sich nur bei einer Patientin. Sämtliche Eklampsien waren Niereneklampsien, stärkere Beteiligung der Leber, sogenante Lebereklampsie fand sich nur in einem tötlich verlaufenen Falle.

Wir können unter den 43 Fällen von wiederholter Eklampsie folgende vier Gruppen unterscheiden:

I. Die Eklampsie wiederholte sich in den beiden ersten Schwangerschaften (11 Fälle).

II. Die Eklampsie wiederholte sich in zwei späteren hinter einander folgenden Schwangerschaften (10 Fälle).

III. Die Eklampsie wiederholte sich nach dazwischen liegenden Schwangerschaften (19 Fälle).

IV. Die Eklampsie wiederholte sich mehrmals

Die erste Gruppe (Fälle Nr. 1 — 11) betrifft 11 Frauen im Alter von 22 — 35 Jahren, davon starben zwei unter den Erscheinungen der Herzinsuffizienz = 18 %. Zwei Kinder = 18 % waren tot, eins davon lebensfähig = 9 %. Sofortige Entbindung wurde in 5 Fällen durchgeführt, Aderlaß zweimal gemacht, sonst wurden Narkotika verabreicht. Die Zeit zwischen beiden Eklampsien betrug 10 Jahre bis 10 Monate. Erwähnt sei, daß zwei von diesen Frauen zum dritten Male in der Klinik entbunden wurden. Bei einer verlief diese Schwangerschaft vollkommen normal; die andere wurden wegen aufgetretenen Prodromalerscheinungen der Eklampsie durch vaginalen Kaiserschnitt entbunden, Krämpfe traten nicht auf.

Zur zweiten Gruppe gehören 10 Frauen (Fall 12—21). Die Eklampsie trat zum erstenmal auf:

in der 2. Schwangerschaft 2 mal;
in der 3. Schwangerschaft 1 mal;
in der 4. Schwangerschaft 3 mal;
in der 5. Schwangerschaft 1 mal;
in der 6. Schwangerschaft 1 mal;
in der 13. Schwangerschaft 1 mal;
in der 14. Schwangerschaft 1 mal.

2 Frauen starben, die Mortalität beträgt also 20 %.

Die Gesamtmortalität der Kinder beträgt in dieser Gruppe 30 % (10:3), Mortalität der lebensfähigen Kinder (8:1) ist nur 12,5 %.

Zwei Frauen wurden sofort nach Ausbruch der wieder-

holten Eklampsie entbunden, die Anfälle hörten auf. Aderlaß von 1100 ccm wurde mit Erfolg einmal ausgeführt.

Die Zeit zwischen den beiden Eklampsien betrug 7 bis 1 Jahr.

Die dritte Gruppe betrifft diejenigen Frauen bei denen die erste und zweite Eklampsie durch andere ungestört verlaufene Schwangerschaften von einander getrennt liegen, hierher gehören die Fälle 22—40.

Die Eklampsie trat in folgenden Schwangerschaften auf:

1. und 3. — 5 mal;
1. „ 4. — 4 „
1. „ 5. — 1 „
1. „ 6. — 1 „
1. „ 7. — 1 „
1. „ 8. — 1 „
1. „ 13. — 1 „
2. „ 4. — 1 „
2. „ 5. — 1 „
2. „ 7. — 1 „
3. „ 8. — 1 „
4. „ 11. — 1 „

Die vorhergegangenen und zwischenliegenden Schwangerschaften verliefen in 8 Fällen normal; in 11 Fällen mit Aborten und Frühgeburten kombiniert.

Von den Frauen starben 8. Mortalität von 42 %. Von 16 in der Klinik geborenen Kindern waren 10 tot = 62,5 %. Die Mortalität der lebensfähigen Kinder beträgt 33 % (9:3). Aderlaß wurde 6 mal ausgeführt, die Zeit zwischen den beiden Eklampsien betrug 20 — 2 Jahre.

Die vierte Gruppe betrifft 3 Frauen, bei denen die Eklampsie in 3 Schwangerschaften auftrat (Fall 41—42). Ein dreimaliges Auftreten von Eklampsie scheint doch recht selten zu sein. Wir fanden nur je eine Beobachtung von

Gutbrod und Chambrelent. In unseren 3 Fällen trat die Eklampsie in folgenden Schwangerschaften auf:

1. in der ersten, zweiten, dritten
2. in der ersten, zweiten, vierten
3. in der ersten, zweiten, fünften.

Die beiden ersten Eklampsien verliefen:

1. Eklampsie trat beidemal im Wochenbett auf, Oedeme nur in der ersten Gravidität;
2. Zangengeburten;
3. — — —.

Sonstige Schwangerschaften verliefen normal.

Alle drei Frauen genosen, die Kinder waren lebend und ausgetragen.

Die dritte Gruppe, zu welcher wir die Frauen gerechnet haben, bei denen das zweimalige Auftreten der Eklampsie durch normale Schwangerschaften unterbrochen ist, hebt sich scharf von den anderen Gruppen ab. Während in den beiden ersten eine Mortalität der Mutter von 18 und 20 % besteht, beträgt sie in der dritten Gruppe 42 %. Desgleichen ist die Gesamtmortalität der Kinder in den beiden ersten Gruppen 18 und 30 %, in der dritten dagegen 62,5 %. Auch die Mortalität der lebensfähigen Kinder ist 9 und 12,5 % gegen 33 % in der dritten Gruppe. Wir hätten demnach eine wiederholte Eklampsie, wie wir sie zur Gruppe III zählten, viel ernster zu beurteilen als diejenigen Fälle, wo die Eklampsie in zwei hintereinanderfolgenden Schwangerschaften auftritt. Die Zahlen sind jedoch zu klein, als daß man bei der auffallend hohen Mortalität Zufälligkeiten ausschließen könnte. Man sollte annehmen, daß viel mehr die Patientinnen, die sogar dreimal erkranken gefährdet sind; dabei sind diese Frauen genesen.

Die Ursache dafür, daß die Eklampsie in der großen Mehrzahl alle Fälle nur einmal auftritt, ist uns, wie schon

erwähnt, unbekannt. Das wiederholte Auftreten von Eklampsie bei derselben Frau bedeutet, wie ein Vergleich ihrer Sterblichkeitsziffer mit der Gesamtmortalität der Eklampsis beweist, stets eine erhöhte Gefahr für Mutter und Kind.

Die nebenstehende Tabelle soll uns einen Vergleich zwischen der Gefährdung des mütterlichen und kindlichen Lebens bei einfacher, rezidivierender und wiederholter Eklampsie gestatten, wobei von den einzelnen Gruppen abgesehen sei:

	Gesamtzahl	Mortalität		
		Mütterl.	Kindliche Gesamtmort.	Kinder von 2000 g an
Einfaches Eklampsie	1344	18 %	28 %	
Rezidevierende	23	8,6 %	34,7 %	15.2 %
1 mal wiederholte	40	32,5 %	42 %	15,3 %
Mehrmal. Eklampsie	3	—	—	—

Aus dieser Gegenüberstellung ist der Schluß zu ziehen, daß die rezidivierende Eklampsie keinen besonderen Einfluß auf die Mortalität hat, daß dagegen sowohl Mutter wie Kind bei wiederholter Eklampsie in größere Gefahr kommen.

Fall 1.

Jahrgang 1892. Journal-Nr. 4371. Frau M. N.

Aufgenommen 23. 3. 92 Vorm. 11.75. Entbunden 22. 3. 92 5 Vorm. Entlassen 2. 4. 92.

30 J., II. para. 1 Partus vor 7 Jahren, im Wochenbett traten eklampt. Anfälle auf, im Krankenhause behandelt.

Anamnese: Seit Beginn der Gravidität Kopfschmerzen, seit 14 Tagen Anschwellung der Füße. Die ganze Zeit über litt sie an Wein- und Schreikrämpfen, manchmal erschien sie dabei wie ohnmächtig. In den letzten 4 4Wochen trat stets vollkommene Bewußtlosigkeit ein,

manchmal dabei Konvulsionen der Glieder, es bestand zuweilen Sprachlosigkeit noch zirka $^1/_4$ Stunde nach dem Erwachen. Am 22. 3. 5 Uhr Vorm. wurde Patientin von einem lebenden Mädchen entbunden.

Nachm. zwischen 1 und 2 Uhr trat der erste eklampt. Anfall auf, zuvor klagte sie darüber, daß sie nichts sehen kann; seitdem Bewußtlosigkeit. Im ganzen sollen die Anfälle sich zu Haus 20 mal wiederholt haben. Am 23. 3. in der Klinik 2 eklampt. Anfälle. 0,02 Morphium und Weinklysma. Status: klein, schwächlich gebaute, vollkommen bewußtlose Frau. Keine Oedeme. Urin $^7/_8$ Vol. Albumen. Am 24. 3. ist die Frau noch somnolent. 25. 3. schläft sie viel, reagiert, hat keine Erinnerung an die Entbindung. 27. 3. Urinmengen reichlich, nur Spur Eiweiß, Leib aufgetrieben, druckempfindlich, Ausfluß übelriechend. 2. 4. gesund entlassen, Uterus sehr gut zurückgebildet, Parametrien frei.

Fall 2.

Jahrgang 1900. Journal-Nr. 835. Frau E. K.

22 J., II. para. I. Partus Eklampsie, 3 Anfälle vor der Geburt.

Aufgenommen 29. 11.; entbunden 29. 11. Nachm. 2 Uhr; entlassen 12. 12. Am 29. 11. traten die ersten eklamptischen Anfälle auf. zuvor Kopfschmerzen, Erbrechen. Bis zur Einlieferung 7 Anfälle. Patientin völlig benommen unruhig, keine Oedeme. Bis zur Geburt eines toten Knaben um 2 Uhr Nachm. in der Klinik 3 Anfälle. Patientin wird mit Morphium und Sauerstoffinhalation behandelt. Eßbach $^3/_4$ ‰. Keine Anfälle mehr. Am 12. 12. gesund entlassen. Urin frei von Albumen.

Fall 3.

Jahrgang 1901. Journal-Nr. 30. Frau E. S.

24 J., II. para. I. Partus 1899 Eklampsie.

Aufgenommen 11. 4.; entbunden nachm. 9 Uhr 11 4.; entlassen 23. 5. In den letzten Wochen der Schwangerschaft geschwollene Beine. 11. 5. traten Wehen auf. Der erste eklampt. Anfall zu Haus, der zweite auf dem Transport nach der Klinik. Die Frau zeigt nur

mäßig Oedeme, im Urin reichlich Eiweiß, viel Hyal. und granul. Zylinder. Eßbach 24 $^0/_{00}$. 11. 5. nachm. 0,0003 Scopol amin subcutan, 0,015 Cocain in den Spinalkanal, in letzterem keine Flüssigkeit. Nachm. 7,55 der eklampt. Anfall. Forceps. lebendes 4 Wochen übertragenes Kind. Der Eiweißgehalt sinkt rasch auf 1 $^0/_{00}$ nach Eßbach. Urinmengen reichlich. Wird gesund entlassen. Kind 4600 gr schwer, 58½ cm lang.

Fall 4.

Jahrgang 1902. Journal-Nr. 549. Frau M. J.

30 J., II, para- I. Partus. Eklampsie. II. Partus 23. 9. 1902. Vor der Entbindung 5 eklampt. Anfälle zuvor Kopfschmerzen. Große Unruhe, 0,02 Morphium. Lebendes Kind von 3530 gr Gewicht und 50 Zentimeter Länge. Keine Anfälle mehr.

Fall 5.

Jahrgang 1902. Journal-Nr. 277. Frau B. J.

27 J., II. para. I. Partus Eklampsie, Spontangeburt eines toten Kindes von 1950 gr Gewicht im Jahre 1897.

Aufgenommen 26. 6. 1902. Entbindung 30. 6. nachm. 5,30. Entlassung 9. 7. 02. Englische Krankheit. Die Frau hat mit 3½ Jahren laufen gelernt. Rhachitisch, allgemein verengtes, plattes Becken. Eßbach 16 $^0/_{00}$, Schwellungen der Extremitäten. Am 27. und 28. 6. Schwitzbett. 29. 6. Wehenbeginn. 30. 6. nachm. 3,30 ein eklampt. Anfall, 0,03 Morphium, 5,30 Impression des Kopfes in Walcherscher Hängelage, Forceps. Kind 2550 gr schwer und 48 cm lang, lebt. Keine weiteren Anfälle. Bei der Entlassung Eßbach ½ $^0/_{00}$. Kind Pemphigus am Gesicht und beiden Händen.

Im Jahre 1905 wird die Frau in der Klinik wieder entbunden. Keine Anfälle, kein Eiweiß im Urin. Lebendes Kind von 2580 gr und 49 cm Länge mit Impression des linken Scheitelbeines und Facialisparese.

Fall 6.

Jahrgang 1904. Journal-Nr. 864 Frau M. H. 27 J., II. para. Nach

der ersten Entbindung am 4. 2. 1903 trat Eklampsie auf. Nachdem war die Frau lange Zeit wegen Nierenleiden in Behandlung.

Aufgenommen 14. 10. 1904. Morgens trat unvermutet der erste eklampt. Anfall auf. Chloroformnarkose wurde eingeleitet, darauf Einlieferung. Bewußtlose Frau mit stertoröser Atmung; keine Oedeme, Herzdämpfung vergrößert, erster Ton an der Herzspitze klappend mit einem zischenden Geräusch.

Kochprobe des Urins gerinnt. Während der Untersuchung 2. ekl. Anfall. 0,03 Morphium. 12,30 Wendung auf den Fuß, Extraction des toten Kindes von 2250 g Gewicht und 48 cm Länge. Beim Durchtritt des Kopfes der 3. Anfall. Trotz Kampfer, Kochsalzinfusion nachm. 4,45 Exitus letalis unter Erscheinungen der Herzinfusion.

Fall 7.

Jahrgang 1904. Journal-Nr. 841. Frau S. P.

33 J., II. para. Vor 7 Jahren Sectio caesarea wegen Eklampsie. Am 10. 10. nach starkem Erbrechen bekam die Frau einen eklampt. Anfall, dem bis zur Einlieferung in die Klinik ein weiterer folgte. Sensorium benommen, keine Oedeme, Urin stark eiweißhaltg, Eßbach 18 $^0/_{00}$. Große Unruhe. 0,03 Morphium.

11. 10. vorm. 2 Uhr Spontangeburt eines asphyktischen aber lebenden Mädchens von 3000 gr Gewicht und 49 cm Länge. Während der Geburt der 3. Anfall. Es folgen am 11. 10. noch 4 Anfälle. Cloral und Brom. 12. 10. Pat. noch benommen, keine Anfälle mehr. Mittags Aderlaß von 300 ccm Kochsalzinfusion 600,0. Bei der Entlassung 22. 10. Eßbach 1 $^0/_{00}$. Befinden gut.

Fall 8.

Jahrgang 1907. Journal-Nr. 547. Frau B. V.

35 J., II. para. I. Partus Eklampsie .

Aufgenommen 2. 6. 07: Seit dem 1. 6. klagte Patientin über Kopfschmerzen; am 2. 6. morgens erfolgte der 1. ekl. Anfall, dem 3 weitere folgen. Auf der Krankenbahre der 5. Anfall.

Urin ergibt durch die Kochprobe sehr viel Eiweiß. Der Mutter-

mund wird durch Bossi erweitert. Blase zuvor gesprungen. Forceps wird angelegt und ein lebender Knabe von 1720 gr Gewicht und 46 cm Länge wird entwickelt. 500,0 Kochsalzinfusion wegen starker Anaemie. Da es trotzt gut contrahiertem Uterus weiter blutet wird nachgetastet und ein Cervisriß konstatiert. Tamponade, Sandsack auf den Leib. Puls dauernd unregelmäßig, klein. Gaben von Kampher, Coffein etc. 8,45 nachm. den 2. 7. Exitus.

Fall 9.

Jahrgang 1915. Journal-Nr. 607. Frau A. M.

30 J., II. para 1914 Spontangeburt. Mädchen lebt, post partum trat Eklampsie auf.

Eintritt und Entbindung 4. 5.; Austritt 19. 5.

Seit 2 Tagen geschwollenes Gesicht und Beine. Bis zur Einlieferung 4 eklampt. Anfälle, im 5. sehr schweren Anfall wird Pat. eingeliefert. Sofortige Entbindung durch vaginalen Kaiserschnitt. 3½ Stunden später 2 ekl. Anfälle. Aderlaß von 800 ccm Blut, 1 Stunde später der letzte ekl. Anfall. Gesund entlassen. Kind lebt; bei der Geburt wog dasselbe 1100 gr und war 40 cm lang.

Fall 10.

Jahrgang 1919. Journal-Nr. 285. Frau K. S.

32 J., II. para. I. partus 1916. Bericht aus dem Jahre 1916: Eintritt und Entbindung 2. 8. Austritt 24. 8. 16.

Seit 8 Wochen oft geschwollene Beine. Vor 4 Wochen Eiweiß im Urin festgestellt, keine besondere Vorschriften. Darnach häufig Nierenschmerzen, Urindrang. Leichte Oedeme an den Handrücken, Fuß und im Gesicht. Urin: Alb — Am Herzen hystol. klappendes Geräusch. Seit mehreren Tagen Kopfschmerzen und Flimmern vor den Augen. Am Tage der Einlieferung früh 6¼ Uhr plötzliche Krämpfe; bis zur Einlieferung 5 Anfälle. Bei der Aufnahme besinnungslos und sehr unruhig. Chloroformnarkose. Innere Untersuchung ergibt noch völlig geschlossen enMuttermund. Aderlaß von über 1000 ccm. Schon nach 10 und folgenden 40 Min. 2 schwere ekl. Anfälle mit starker Cya-

nose und Aussetzen der Atmung, daher nochmals Aderlaß von 500 ccm. Nach einer Stunde erneuter schwerer Anfall. Starke Atemstörung. In Narkose vaginaler Kaiserschnitt. Wendung. Extraktion des toten Kindes von 2800 gr Gewicht und 45 cm Länge. Nach der Operation schläft Patientin, keine weiteren Anfälle. Urin vom 4. 8. ab reichlich, Eßbach 1 $^0/_{00}$. 5. 8. Schüttelfrost, sonst glatter fieberfreier Verlauf. 24. 8. Allgemeinbefinden sehr gut, Urin leicht getrübt.

Befinden in der weiteren Schwangerschaft gut. Seit Dezember 1917 geringe Spuren von Albumen im Urin. Am 10. 2. 18 kommt die Frau zur Klinik. Urin zeigt starke Trübung, vereinzelt granul. Zylinder. Geringe Oedeme der Knöchel. Vom 10. 2. bis 6. 3. bleibt der Eiweißgehalt nach Eßbach auf $1\frac{1}{2}$—$3\frac{1}{2}$ $^0/_{00}$ ohne besondere sonstige Symptome. Vom 7. zum 8. 3. nachts Uebelkeit, mehrmals Erbrechen. Durchfall. 8. 3. 12,15 nachm. plötzlich eklampt. Anfall, kurz zuvor sprach Patientin noch. Wacht schnell auf, fragt unruhig, erkennt aber die Umgebung. In Chloroformnarkose 12,40 transperitonealer Kaiserschnitt, Wendung, Extraktion eines lebenden Kindes von 3500 gr Gewicht und 52 cm Körperlänge. Albumen $\frac{1}{4}$ Stunde nach dem Anfall $6\frac{1}{2}$ $^0/_{00}$ nach Eßbach, während denselben Tag zuvor die Untersuchung nur 3 $^0/_{00}$ ergab. 30. 3. entlassen. Eßbach nicht mehr meßbar, Kochprobe ergibt Trübung.

Fall 11.

Jahrgang 1918. Journal-Nr. 1425. Frau A. W.

26 J., III. para. Eintritt 19. 11. Entbindung 25. 11. Austritt 5. 12. 18. I. Partus 1915 Wehenschwäche, dabei „leichte Eklamsie". II. Partus 1916 Spontangeburt, Knabe lebt. 2 Stunden nach Ausstoßung der Placenta beim Eingehen des Arztes in den Uterus traten ekl. Anfälle auf, die mit Unterbrechung 4 Stunden anhielten. Befinden in der jetzigen Schwangerschaft gut. Vor 8 Tagen Grippe. Patientin hustet noch und klagt über Appetitlosigkeit. In letzter Zeit Schwindelanfälle, Flimmern vor den Augen. Letzte Menses: März, Albumen —, Eßbach nur am 21. 11. $\frac{3}{4}$ $^0/_{00}$, sons nur in Spuren. Da die Urinmenge abnimmt und Prodromalerscheinungen der Eklampsie auftreten,

wird der vaginale Kaiserschnitt ausgeführt, Wendung und Extraktion eines lebenden Kindes. Urinmenge wird vom 3. Tage nach der Operation reichlich. Bei der Entlassung Allgemeinbefinden sehr gut, kein Eiweiß im Urin nachweißbar.

Fall 12.

Jahrgang 1898. Journal-Nr. 11212. Frau M. O.

40 J., XV. para. Bei dem XIV. Partus im Jahre 1893 Eklampsie. Bericht aus dem Jahre 1893: Aufgenommen 15. 4. 93: entbunden 16. 4. 93. Entlassen 25. 4. 93. 7 normale Geburten, 6 Aborte im 3. und 4. Monat. Bei der vorletzten Geburt vor 4 Jahren Anschwellung der unteren Ex remitäten. In der jetzigen Schwangerschaft mit 6 Wochen geschwollene Beine, seit 14 Tagen starke Kopfschmerzen. 15. 4. 93 nachm. 2 Uhr nach Erbrechen der erste ekl. Anfall, bis zur Einlieferung weitere 7 Anfälle. Patientin tief benommen. 0,03 Morphium. 16. 4. Wehen. In der Klinik bis zur spontanen Geburt des lebenden Kindes 3 eklampt. Anfälle 0,02 Morphium. Eßbach 20 $^0/_{00}$. 17. 4. Patientin klagt über Kopfschmerzen. Urinmengen reichlich, am 29. 4. mit Spur Albumen im Urin entlassen. Im Jahre 1898: Am 30. 7. aufgenommen und entbunden. Entlassen am 9. 8. Seit 8 Wochen Kopfschmerzen, häufiges Erbrechen. Keine Oedeme. Urin eiweishaltig. Anter partum treten 5 ekl. Anfälle auf. Nach künstl. Sprengung der Blase spontane Geburt eines lebenden Knaben von 3000 gr Gewicht und 50 cm Länge. 2. 8. Urin. eiweißfrei. 9. 8. Entlassung.

Fall 13.

Jahrgang 1902. Journal-Nr. 839. Frau P. R.

35 J., 4. para. I. und II. Partus normal. Bei der dritten Entbindung ein Anfall ante partum am 20. 11. 1901. Urin damals stark eiweißhaltig. Lebendes Kind von 4000 gr Gewicht und 52 cm Länge. Aufgenommen 28. 12. In der Nacht hatte Patientin einen ekl. Anfall; keine Beschwerden während der Schwangerschaft, keine Oedeme. Sensorium wenig benommen, tief zyanotische Gesichtsfarbe Urin (katheris.) 150 ccm, klar, Eßbach 2 $^0/_{00}$. In der Klinik wird ein Colpeuryn-

ter eingelegt, 3 Stunden später spontane Geburt eines lebenden Knaben von 2880 gr Gewicht und 51 cm Länge. Patientin vollkommen klar. Bei der Entlassung 9. 1. Eßbach Spur.

Fall 14.

Jahrgang 1902. Journal-Nr. 670. Frau A. K.

41 J., XIV. para. 12 normale Geburten. Bei der 13. Geburt Eklampsie.

Am 31. 10. 6 Uhr abends trat ohne Vorboten plötzlich ein ekl. Anfall auf, um ½7 Uhr der zweite; darauf Einlieferung in die Klinik. Die Frau zeigt ein gedunsenes Gesicht, Oedeme beider Unterschenkel, eine geschwollene Schilddrüse, Benommenheit. Urin gerinnt beim Kochen, Eßbach 28 $^0/_{00}$, zahlreiche gekörnte Zylinder. 0,03 Morphium subc. werden verabfolgt. 2. 11. Patientin ist klar, gut geschlafen, keine Wehen. Reichliche Flüssigkeitsaufnahme, 340 ccm Urin werden spontan gelassen. Nachm. 3 Uhr künstl. Blasensprung. 0,3 Chinin. 6,15 Spontangeburt, Mädchen lebt von 2100 gr Gewicht und 50 cm Länge. Patientin wird am 12. 11. entlassen, Eßbach auf 2¼ $^0/_{00}$ gesunken.

Fall 15.

Jahrgang 1903. Journal-Nr. 643. Frau A. H.

31 Jahre, III. para. I. Partus Abort im 3. Monat, vor 3 Jahren Frühgeburt im 6. Monat, dabei Eklampsie und Schwellung des ganzen Körper. Am 25. VII. 03 aufgenommen; 2. 8. vorm. 2,30 entbunden; 17. 8. entlassen. Letzte Menses: 19. 11. 02. Ausgedehnte Oedeme systol. Geräusch an der Herzspitze. Urin reichlich Eiweiß, verfettete Epithelzylinder. Eßbach 22 $^0/_{00}$. Am 2. 8. Geburt eines Mädchens in Totenstarre: Gewicht 3000 gr, Körperlänge 51 cm. Post partum im ganzen 16 ekl. Anfälle. Morphium, Brom per Clysma. Urinmengen steigen. Eßbach geht auf ½ $^0/_{00}$ herunter. 17. 8. gesund entlassen.

Fall 16.

Journal-Nr. 500. Jahrgang 1904. Frau M. P.

35 J., V. para. 3 normale Geburten, bei der 4. Geburt Eklampsie.

Aufgenommen: 12. 6. 04. Die Frau soll seit 11. E. nachm. 10 Uhr 3 ekl. Anfälle gehabt haben, Einlieferung durch einen Arzt. Urin enthält wenig Eiweiß, Eßbach ½ ‰. Lähmungen des rechten Beines und rechten Armes. Vor 3 Jahren soll Patientin bei der Entbindung einen Schlaganfall gehabt haben.

13. 6. Allgemeinzustand der Frau bedrohlich, daher wird die sofortige Entbindung beschlossen. Nachm. 11 Uhr wird die Blase gesprengt und das Kind auf den Fuß gewendet. Einige Wehen werden abgewartet und bei hinreichend erweitertem Muttermal die Extraktion angeschlossen. Geburt ist vorm. 11,30 den 14. 6. beendet. Nach der Entbindung bessert sich die Atmung, später verschlechtert sie sich wieder — beschleunigt und rasselnd. Vorm. 5.30 T° 38°, Eßbach ¾ ‰. Exitus tritt 14. 6. nachm. 1½ Uhr ein. Kind lebt: 2920 gr schwer und 51 cm lang. Sektion: Beiderseits parenchxmatöse Nephritis. Im Cerebum kein apoplekt. Herd nachweisbar. Beginnende Bronchopneumonie.

Fall 17.

Jahrgang 1905. Journal-Nr. 720. Frau K. A.

38 J., 6. para. 4 Geburten normal, nach der 5. trat Eklampsie auf (vor 7 Jahren). Jetzt gesund gewesen. 13. 8. 11 Uhr vorm. der 1. ekl. Anfall, darauf bis zur Einlieferung noch 3. Starke Oedeme, Eßbach 3 ‰. Große Unruhe, nachm. noch 2 Anfälle. 10,30 vaginaler Kaiserschnitt, Kind tot, 980 gr schwer, 40 cm lang. Verläßt gesund am 30. 8. die Klinik. Eßbach ½ ‰.

Fall 18.

Jahrgang 1908. Journal-Nr. 547. Frau A. P.

37 J. VII. para. In der letzten Schwangerschaft leichte ekl. Anfälle. — Seit 2 Monaten unwillkürlicher Harnabgang. Seit 14 Tagen geschwollene Beine. Aufgenommen 25. 5. 1908. Vorm. 6½ Uhr der 1. ekl. Anfall. Alle halbe Stunde ein weiterer. Bei der Einlieferung Frau benommen, Zungenbisse, im Urin reichlich Eiweiß. Große motorische Unruhe, 0,02 Morphium und Einleitung der Chloroformnarkose.

Muttermal wird mit Bossi erweitert, Wendung wird beschlossen. Bim Eingehen mit der Hand werden Zwillinge konstatiert. Wendung und Extraktion beider Kinder von je 2800 und 2750 gr Gewicht und je 48 und 49 cm Körperlänge, beide lebend. 6. 6. gesund entlassen.

Fall 19.

Jahrgang 1911. Journal-Nr. 735. Frau B. R.

42 J., III. para. I. Partus normal, II. Partus — im 7. Monat der Schwangerschaft Eklampsie, Kind tot, Befinden in der jetzigen Schwangerschaft gut.

Eintritt und Entbindung 7. 6. 11 6½ Uhr vorm. 6. 6. abends plötzlich ekl. Anfälle, die sich in kurzen Zwischenräumen wiederholten. Frau ist bewußtlos, starke Cyanose, sehr beschleunigte röchelnde Atmung. Geringes Oedem der Unterschenkel, Urin spärlich. Eßbach 15 $^0/_{00}$. Rasseln über allen Lungenteilen. Einlegen eines Metreurynsters, Wendung, Extraktion, Perforation des nachfolgenden Kopfes. Kind 2000 gr. schwer, 45 cm lang. 5,15 Puls sehr gespannt. Aderlaß von 300 ccm Blut. 6½ Uhr ekl. Anfall — Exitus. Sektion: Pleuritis adhaesiva, Hypertrophie des linken Ventrikels. Nephritis chronica et acuta. Haemorrhagien der Leber.

Fall 20.

Jahrgang 1911. Journal-Nr. 1579/108. Frau L. P.

44 J., V. para. Vor der IV. Partus starke Kopfschmerzen, darauf Eklampsie ante partum.

Aufgenommen den 21. 11. Kräftige Frau. Oedeme der Beine. Alb. — Im Sediment granul. Zylinder Epithelien, rote Blutkörperchen. Eßbach 11 $^0/_{00}$. Draußen 3 ekl. Anfälle. In der Klinik am 21. 11. sofortige Entbindung durch vaginalen Kaiserschnitt. Abends ist die Patientin klar. Keine Anfälle mehr. 22. 11. Urin reichlich, Frau trinkt, ist aber noch nicht orientiert. 23. 11. Eßbach 1½ $^0/_{00}$. Patientin ist benommen, äußerst unruhig. Bis zum 27. 11 hat sie Visionen, äußerst unruhig, erkennt ihre Umgebung nicht. 1. 12. Pat. dauernd klar. 2. 12. gesund entlassen. Kind lebt, gesund, wog bei der Geburt 1730 gr.

Fall 21.

Jahrgang 1915. Journal-Nr. 1587. Frau A. L.

30 J., V. para. In der 4. Schwangerschaft Eklampsie im 7. Monat der Gravidität. Nach Aderlaß, Diät und Absterben der Frucht Besserung des Zustandes, so daß Patientin unentbunden die Klinik verläßt und zu Haus spontan ohne Eklampsie niederkommt.

Eintritt und Entbindung 18. 11. 15; Austritt 4. 12. Befinden in der jetzigen Schwangerschaft gut, bis gestern Abend, dann Erbrechen und 10 Uhr der 1. ekl. Anfall. Bis zur Einlieferung 4 Anfälle, in der Klinik bis 4½ Uhr vorm. weitere 2 Anfälle. Aderlaß von 1100 ccm Blut. Eßbach 32 ‰. 6,35 Vormittag Spontangeburt eines lebenden Kindes. 9½ und 10 Uhr die letzten 2 ekl. Anfälle. Morphium und Chloral. Im Wochenbett Eiweißgehalt schwankend. Eßbach zwischen ½—1 ‰. Gesund entlassen. Gewicht des Kindes 2550 gr Länge 46 cm.

Fall 22.

Jahrgang 1892. Journal-Nr. 4592. Frau M. P.

36 J., VIII. para. Aufgenommen 5. 6. 92; entbunden vorm. 2 Uhr 5. 6. Exitus 7. 6. vorm. 8 Uhr.

Vor 13 Jahren in unmittelbarem Anschluß an die erste Geburt Krämpfe, die 6 Wochen dauerten, oft 20—30 Anfälle an einem Tag Sonst Geburten und Wochenbetten normal.

Seit 6—8 Wochen starke Kopfschmerzen; seit derselben Zeit Anschwellen der Beine. Urin grünlich schwarz, trüb, fast das ganze Volumen Eiweiß. Sonstige Anzeichen von drohender Eklampsie waren nicht vorhanden. Die Frau wird entbunden in die Klinik eingeliefert. Kurz vor der Geburt des Kindes trat der erste eklampt. Anfall auf, etwa 5—10 Min. nach der Entbindung traten die Anfälle wieder auf, bis zur Einlieferung im ganzen 12. Patientin vollkommen bewußtlos. Ueber den Lungen Rasseln. In der Klinik der 13. Anfall, Dauer 2 Min., 0,02 Morphium. 6 Uhr Nachm. reagiert durch Oeffnen der Augen. Das Lungenoedem nimmt zu, zeitweilig völliges Aussetzen der Atmung. 6. 6. Patientin atmet freier. Nachm. 5 Uhr Cyanose und Dyspnoe. Rasseln auf beiden Lungen. 7. 6. tritt der Exitus ein.

Fall 23.

Jahrgang 1893. Journal-Nr. 5411. Frau B. S.

23 J., III. para. 1. Geburt 1890. 3 Wochen vor der Entbindung ekl. Anfälle, Kind tot. Patientin nachher nierenleidend. Jetzige Schwangerschaft: Seit 6 Wochen Oedeme an Armen und Beinen. Seit dem 7. 4. klagt Pat. über Sehstörungen und Kopfschmerzen. 9. 4. häufiges Erbrechen. 10. 4. morgens 10 Uhr 1. ekl. Anfall, seitdem ohne Besinung. Bekommt 0,015 Morphuim, darauf Transport in die Klinik, angeblich zu Haus 10 Anfälle. Status vom 10. 4. abends: Gesicht gedunsen, an den Unterschenkeln Oedeme, Zunge blutig. Keine kindl. Herztöne zu hören, Muttermund dickrandig, Blase steht. In der Klinik 10. 4. abends 10,15 ein ekl. Anfall. 0,01 Morphium. 11. 4. 1.50 Vorm. wird in Kopflage ein totes Kind geboren. Abends große Unruhe, 2,0 Chloral per rectum. 12. 4. nachts Unruhe, kleiner, frequenter Puls: 2 Spritzen Kampher. Urin mit Katheter entnommen enthält 15 $^0/_{00}$ Alb. nach Eßbach. 13. 4. Links Arm und Bein gelähmt, Patientin ist benommen, schluckt aber gut; 16. 4. viel Husten, Sputum, keine Tbc-Bazillen. 18. 4. unterhalb der spina scapula absolute Dämpfung mit bronchialem Atmen und Krepitation. Am 14. 5. wird Pat. entlassen: von der Lähmung ist nichts mehr nachweisbar, Lungen o. B., Urin noch etwas Albumen. Am 27. 4. nach Eßbach 0,5 $^0/_{00}$.

Fall 24.

Jahrgang 1893. Journal-Nr. 5607. Frau C. P.

30 J., IV. para. Aufgenommen und entbunden 17. 6. 93.

18. 6. Nachm. 3 Uhr Exitus.

I. Partus normal 1887. II. Partus 1891 Eklampsie.

Bericht aus dem Jahre 1891:

Am 28. 3. 91 wird Patientin nach der Klinik gebracht. Leib hochgradig aufgetrieben, starke Oedeme der Arme und Beine. Am 30. 3. 91 erwacht die Frau mit starken Kopfschmerzen und Brechreiz. Magenbeschwerden bereits seit 8 Tagen. Morgens 10 Uhr der 1. ekl. Anfall bis $^3/_4$ 2 Nachm. weitere 7 Anfälle. Pat. vollständig benommen.

Aus der Blase werden 150 ccm dunkelbraunroten Urins entleert, der vollständig beim Kochen gerinnt. 30. 3. bis abends 10½ Uhr 9 weitere Anfälle, im Laufe des Tages 2 mal Morphium zu 0,015 und ein Glycerinclysma. 11,25 abends wird ein reifes lebendes Mädchen geboren. Keine weiteren Anfälle. Es treten Aufregungszustände und Gesichtshalluzinationen auf; trotz Chloral ist die Patientin kaum zu bändigen; 5. 4. Sensorium freier, Eiweißgehalt des Urins gesunken. Klagen über Sehstörung. 13. 4. entlassen. Kein Albumen, leichte Sehstörung.

17. 6. 93 morgens 7,35 wird die Patientin zur Klinik gebracht, hatte bereits von ½4 Uhr 6 ekl. Anfälle. Seit 4 Wochen sollen Oedeme aufgetreten sein, am 16. 6. abends Magenschmerzen und Erbrechen. Bei der Einlieferung Patientin tief benommen, sehr starke Oedeme, etwas cyanotisch. 17. 6. mittags 1 Uhr Geburt eines tief scheintoten Knaben. Gleich darauf ein ekl. Anfall. Urin mit Katheter entnommen enthält sehr viel Eiweiß, im Sediment viel verfettete Nierenepithelien und granul. Zylinder. Cyanose nimmt dauernd zu. Abreibungen, Begießungen mit kaltem Wasser. Atmung wird freier. Spätere Hautreize erfolglos. 3 Uhr Nachm. den 18. 6. Exitus.

Fall 25.

Jahrgang 1896. Journal-Nr. 8788. Frau R.

33 J., III. para. I. Partus 1890 durch Eklampsie kompliziert erst 2 Monate nach derselben Geburt eines toten Kindes. II. Partus 1891 spontan. Aufgenommen am 5. 8. 96. Unentbunden entlassen. 16. 8. 96. Letzte Menses: Ende November. 4. 8. Kopfschmerzen, Uebelkeit, Erbrechen. Mittelgroße Frau, Gesicht gedunsen, die Haut am ganzen Körper stark oedematös. Urin gerinnt beim Kochen vollständig. 5. 8. Nachm. 5 Uhr der erste ekl. Anfall, 5,25 der zweite. Sensorium benommen. 6. 8. kein Kopfschmerz, keine weiteren Anfälle. 12. 8. Eßbach über 7 $^0/_{00}$. Am 16. 8. 96 entlassen. Oedeme im Gesicht und den oberen Extremitäten wesentlich geringer. Kind in II. Schdlg. lebt. Portio noch ganz erhalten, innerer Muttermund geschlossen. 15. 8. Eßbach 33 $^0/_{00}$.

Fall 26.

Jahrgang 1897. Journal-Nr. 9591. Frau L. B.

22 J., III. para. Bei der 1. Geburt vor 4 Jahren 5 Anfälle post partum. Vor einem Jahre Frühgeburt im 6. Monat. Letzte Menses: 15. 7. 96. Status vom 30. 3. 97: Keine Oedeme, Urin reichlich, blaß, enthält viel Eiweiß. I. Schdlg. 30. 3. 1 ekl. Anfall. Eine innere Untersuchung ergibt fast vollständig erweiterten Muttermund, Kopf am Beckenbogen. In Narkose Forceps. Kind lebt: 5230 g schwer, 55 cm lang. Patientin kommt bald zum Bewußtsein. 31. 3. Vorm. 12,50 noch ein ekl. Anfall. Patientin kündigt denselben selbst an. 0,03 Morphium. Schlaf. i. 4. Eßbach — Bodensatz. Wohlbefinden. 4. 4. Eßbach negativ. 8. 4. Urin eiweißfrei, Ausfluß noch reichlich mißfarbig. Auf eigenen Wunsch entlassen.

Fall 27.

Jahrgang 1898. Journal-Nr. 11 079. Frau W.

34 J., VII. para. Aufgenommen 10. 6.; entbunden 10. 6. Nachm. 1,30; Exitus 11. 6. Vorm. 1,10.

Die ersten 2 Geburten ohne Komplikation. Nach der 3. Geburt im Wochenbett am 4. Tage soll Patientin dieselben Anfälle wie jetzt bekommen haben (14 Tage lang). Bei der 4. und 6. Geburt hatte sie 2—3 Monate vor der Geburt beginnend alle 14 Tage einen solchen Anfall. Während und nach diesen Geburten keine Anfälle. Letzte Menses: Mitte Dezember 97. Geringe Oedeme beider Beine. Status vom 6. Schwangerschaftsmonat. 8. 6. bekam Patientin den ersten Antall, bis Nachm. 10. 6. 20 eklampt. Anfälle, die letzten 3 in der Klinik. 10,30 Vorm. Venae sectio von 400 ccm Blut, Einwicklung in nasse Tücher. Urin wenig Eiweiß, sauer, dunkel. Nachm. 1,30 Inzisionen gängigen inneren Muttermundes. Mittelstarke Blutung, Extraktion des toten Kindes gelingt leicht. Nachm. 9,45 starkes Trachealrasseln. 10,15 Puls klein, frequent unregelmäßig. Morgens 1,10 tritt der Tod ein: die Atmung dauert noch einige Zeit fort, während der Puls schon völlig ausgesetzt hat.

Fall 28.

Jahrgang 1898. Journal-Nr. 11 604. Frau A. U.

42 J., III. para. Aufgenommen i. 12. entbunden 1. 12. 11,45; entlassen 6. 12. 98.

I. Partus Eklampsie. Zwillinge im 7. Monat; II. Partus 1895 — Frühgeburt im 7. Monat. Ganz geringe Oedeme. Urin enthält Eiweiß in großer Menge, viel Zylinder. Letzte Menses: März oder Februar. Seit dem 30. 11. Zu Haus 18 ekl. Anfälle. Aderlaß von 200 ccm Blut. Perforation des toten Kindes. 0,015 Morphium, 2,0 Chloral. 3. 12. Anzeichen von Melancholie. Patientin betet, weint, ringt mit den Händen. 6. 12. wird die Frau nach der Charité verlegt, von dort am 26. 12. gesund entlassen.

Fall 29.

Jahrgang 1899. Journal-Nr. 11 812. Frau R. R.

39 J., 11 para. Bei der 4. Entbindung, vor 11 Jahren, Eklampsie post partum. 7 normale Geburten, 3 Aborte. In der jetzigen Schwangerschaft Anschwellung der Füße. Aufgenommen 30. 1. 99. Tag zuvor Kopf- und Magenschmerzen, darauf bis zur Einlieferung 3 ekl. Anfälle. Morphiumbehandlung. In der Klinik bis zur Geburt des Kindes 7 Anfälle. Urin (kathr.) 300 ccm, stark eiweißhaltig. Aderlaß von ungefähr 300 ccm Blut und 2,0 Chloral, die Anfälle dauern weiter. In Narkose wird ein Colpeurynter eingelegt und mit Borlösung gefüllt. Kräftige Wehen stoßen 31. 1. Vorm. 1 Uhr einen toten Knaben von 1800 g Gewicht und 48 cm Länge aus. Post partum 8 ekl. Anfälle. Lange Atempause und starke Cyanose treten auf. 1. 2. morgens 2 Uhr Exitus. Sektionsbefund: Dilatation des rechten Ureters geringer Grad von Hydronephrose. Haemorrhagien der Leber. Fettdegeneration. Oedem der Piamater. Thyreoidea nicht vergrößert.

Fall 30.

Jahrgang 1899. Journ.-Nr. 11 722. Frau P.

36 J., VI. para. I. Partus Eklampsie.

Aufgenommen 4. 1. Nachm. 3,15; entbunden 5. 1.; entlassen 16. 1. 99. Bis zur Einlieferung in die Klinik seit Vorm. 11 Uhr 3 ekl. An-

fälle, zuvor traten Kopfschmerzen, Schwindel und vollständige Amaurose auf. Letzte Menses: 22. 4. 98. Status: Oedeme der Bauchdecken und Unterschenkel, kräftige Frau. Im Urin viel Eiweiß, granul. und hyaline Zylinder. Bis zur Geburt tritt in der Klinik ein ekl. Anfall auf. Chloral 2,0 per clysma. Nach künstl. Sprengung der Blase spontane Geburt eines lebenden reifen Knaben von 3270 g Gewicht und 51 cm Länge. Keine weiteren Anfälle, Klagen über schlechtes Sehvermögen. 14. 1. Eiweiß in Spuren, keine Zylinder, Urin reichlich. 16. 1. Entlassung.

Fall 31.

Jahrgang 1899. Journal-Nr. 12347. Frau E. B.

23. J., IV. para. Entbunden 30. 6.; eingeliefert 1. 7. Exitus 2. 7. 1. Partus 1893 Eklampsie post partum. II. und III. Entbindung normal. Am 30. 4. spontan niedergekommen. Wohlbefinden bis im 7. morgens, wo Kopfschmerzen und Schwindelgefühl auftraten. Bis zur Einlieferung in die Klinik traten 4 ekl. Anfälle auf. Patientin sehr unruhig, schreit laut, redet verwirrt, Knöcheloedem. Urin 20 ccm mittels Katheter entnommen, enthält sehr viel Eiweiß, mäßig Zylinder. Bis 9,45 Abend in der Klinik 3 Anfälle. 0,01 Morphium, 2,0 Chloral als clysma. Nach dem 7. Anfall Aderlaß von 230 ccm. Blut, 1,0 Chloral in Milch, welches wieder ausgebrochen wird. Wegen großer Unruhe Chloroformnarkose, darauf Schlaf. Bis zum Tode treten noch 3 ekl. Anfälle auf, trotz Chloral und Schwitzbad. Puls wird unregelmäßig, kaum zählbar. Kochsalz und Kampheröl subcutan. Am 2. 7. tritt der Exitus ein. Die Sektion ergibt eine Nephritis interstitialis, sonst nichts besonderes.

Fall 32.

Jahrgang 1901. Journal-Nr. 548. Frau B. M.

30 J., VI. para. I. Partus vor 13 Jahren Eklampsie, 3 normale Geburten, ein Abort mens 3—4. Seit 14 Tagen Oedeme der Beine, Kopfschmerzen, Erbrechen. Seit 27. 9. früh Sehstörungen, darauf Nachm. 3,30 ein ekl. Anfall, bis zur Einlieferung in die Klinik am 27. 9. 3 weitere Anfälle. Letzte Menses Ende Februar. Urin gerinnt

fast beim Kochen, Eßbach 7 $^0/_{00}$. Frau etwas benommen. In der Klinik am 27. 9. noch 5 Anfälle. Bis zur Geburt am 28. 9. die letzten zwei. Vorm. 9,15 Geburt eines unreifen toten Mädchens von 1600 g Gewicht und 47 cm Länge in Steißlage. Urinmengen werden reichlich. Am 8. 10. gesund entlassen, Eßbach $\frac{1}{3}$ $^0/_{00}$.

Fall 33.

Jahrgang 1902. Journal-Nr. 1060. Frau C. R.

24 J., IV. para. I. Partus draußen spontan, wegen Eklampsie post partum in der Klinik behandelt. II. Partus wegen drohender Eklampsie in der Klinik behandelt, draußen spontan entbunden. III. Partus spontan.

Aufgenommen und entbunden 7. 3. 02. Exitus 10. 3. 02. Status: An den Knöcheln geringes Oedem. Puls klein, kaum zu fühlen. In der Blase einige ccm Urin, der beim Kochen gerinnt. Beim Einliefern ein heftiger, ca. 10 Min. dauernder ekl. Anfall. Keine weiteren Anfälle. In Narkose zwei Muttermundinzisionen, Wendung und Extraktion des toten Kindes (1900 g schwer und 45 cm lang). Exitus letalis unter den Erscheinungen eines Herzkollapses.

Fall 34.

Jahrgang 1904. Journal-Nr. 928. Frau E. D.

34 J., IV. para. I. Partus Eklampsie. II. P. Placenta praevia. III. P. spontane Totgeburt.

Als Kind Krämpfe, in der Ehe dauernd geschwollene Füße. Bis zur Einlieferung am 2. 11. 04 3 ekl. Anfälle. 0,03 Morphium. draußen subcutan. Frau wird im soporösen Zustand eingeliefert. Eßbach 12 $^0/_{00}$. In der Klinik bis zur Entbindung durch Forceps 3 Anfälle. Kind in Totenstarre 1730 g schwer, 46 cm lang. Gleich post partum 4,15 morgens den 2. 11. der 7. Anfall, nach Geburt der Placenta der 8. und letzte ekl. Anfall. Patientin sehr unruhig, daher 0,02 Morphium und 2,0 Chloral. 3. 11. gut geschlafen, ruhiger, spontan Urin gelassen. Eßbach 4 $^0/_{00}$. 7. 11. Klagen über Schmerzen in der Lebergegend, Eßbach $\frac{1}{3}$ $^0/_{00}$, Urin 1000 ccm. 12. 11. Exitus. Sektionsbefund: Akute, gelbe Leberatrophie.

Fall 35.

Jahrgang 1905. Journal-Nr. 101. Frau M.

35 J., VII. para. Bei der ersten Geburt Eklampsie, die andern verliefen normal. 11. 1. 05. spontan im ekl. Anfall niedergekommen. Draußen wird Chloroformnarkose eingeleitet und Morphium verabreicht. Darauf entbunden eingeliefert. Frau schläft bis 12. 1. Morgen. Nach dem Erwachen 4 ekl. Anfälle in der Klinik in kurzen Zwischenräumen. Eßbach 15 $^0/_{00}$. Keine weiteren Anfälle. 13. 1. findet sich das Bewußtsein. Pat. kann wieder sehen. Bei der Entlassung Eßbach nur Spur.

Fall 36.

Jahrgang 1909. Journal-Nr. 744. Frau M. S.

28 J., VIII. para. Bei der 2. Entbindung Eklampsie in der Charité. 1. Abort. Oedem am Gesicht und den Beinen, Luftmangel. Am 18. 7. Nachm. 9,30 Geburt eines gesunden Knaben in Schdlg. von 26750 g Gew. 19. 7. Vorm. 3,30 — 6 Stunden post partum der erste ekl. Anfall. Chloroformnarkose bis zur Einlieferung morgens 9 Uhr 4 Anfälle. In der Klinik 9,20 der 5. ekl. Anfall. 3,0 Chloral darauf Schlaf. Abends noch 3,0 Chloral. Keine weietren Anfälle. 20. 7. Eßbach $\frac{1}{2}$ $^0/_{00}$. Bei der Entlassung nur in Spuren. Im Sediment: wenig Zylinder (keine Wachszylinder), wenige Leukozyten und rote Blutkörperchen.

Fall 37.

Jahrgang 1912. Journal-Nr. 2090. Frau S. W.

30 J., V. para. Während der ersten Schwangerschaft ekl. Krämpfe, die nach der Entbindung verschwanden. Die nächsten 3 Schwangerschaften verliefen normal. Befinden in der jetzigen Schwangerschaft schlecht, öfters Uebelkeit. Wird am 8. 9. Vorm. 2 Uhr in tiefster Benommenheit eingeliefert. Von 10,30 Vorm. den 7. 11. bis zur Einlieferung hatte die Frau 5 ekl. Anfälle. Bis zur Entbindung 3,15 noch 2 Anfälle. Urin ist hell und klar, Eßbach 14 $^0/_{00}$. Blutprobe positiv. Massenhaft granul. Zylinder, vereinzelt rote Blutkörperchen und Leukocyten. Geburt: in Narkose, Sprengung der Blase, Einlegen eines Metrenrynters. Wendung und Extraktion an beiden Füßen. Kind

lebend. 5,05 und 6,15 noch 2 ekl. Anfälle, 1 ccm Morphium. Urin: Blutprobe stark positiv. Nachm. 2,45 und 4, 45 die letzten 2 ekl. Anfälle. Aderlaß 500 ccm 5 Uhr Nachm. Urin hell, klar. Befinden der Patientin bessert sich, am 16. 9. Temperatursteigerung. Am 11. 10. gesund entlassen. Kind bei der Geburt 3020 g schwer, 51 cm lang.

Fall 38.

Jahrgang 1912. Journal-Nr. 3115. Frau H. S.

34 J., V. para. 1906 Abort im 3. Monat. 1908 Eklampsie im 7. Monat, vaginaler Kaiserschnitt. 1910 Abort im 2. Monat; 1911 Abort im 2. Monat. Eintritt und Entbindung 21. 10. 12; Exitus 23. 10. Befinden in der jetzigen Schwangerschaft gut, mit dem Stuhl umgefallen, seitdem Schmerzen in der Nierengegend. Letzte Regel Anfang Januar. Alb. — Oedeme im Gesicht und den Unterschenkeln. Alter der Frucht bei der Aufnahme: 6.—7. Monat. Kommt in leicht benommenen Zustand zur Klinik. Urin: 250 ccm, hell, klar, Eßbach 8 $^0/_{00}$, vereinzelt granul. Zylinder. 9.45 Vorm. Entbindung. Einlegen eines Ballons in den Uterus. Herunterholen beider Füße, langsame Extraktion. Totes Mädchen von 980 g Gewicht und 34 cm Länge. Bis zur Entbindung 8 ekl. Anfälle. Vorm. 4,50 Aderlaß und Morphium. Post partum bis Nachm. 4 Uhr noch 7 Anfälle, Patientin völlig benommen, 12,30 Nachm. Aderlaß von 650 ccm Blut, 4,15 2,0 Chloralh. als Clysma. Am 22. 10. 12 ist die Patientin ruhig, noch benommen, Temp. 39,2 Grad. In der Nacht zum 23. 10. steigt die Temperatur auf über 42 Grad die Pulsfrequenz nimmt zu. Um 7,20 Exitus. Sektionsbefund: Peritoneum des Darmes glänzend; mikr. Ausstrich keine Bakterien Fett, Leber Blutungen. Nieren sehr blaß, stark verfettet. Lungen: r. Unterlappen ödematös. Endometrium etwas bräunlicher Belag, kein schmieriges Aussehen.

Fall 39.

Jahrgang 1912. Journal-Nr. 3389. Frau M. G.

26 J., III. p. Bei der ersten Entbindung 1908 trat Eklampsie post partum auf. 1910 normale Geburt. Befinden in der jetzigen Schwangerschaft gut. Eintritt und Entbindung 17. 12.: Austritt 30. 12. 12.

Letzte Regel April 1912. Oedem am ganzen Körper, Eßbach 4 $^0/_{00}$. 16. 12. 4 ekl. Anfälle. In der Klinik am 17. 12. 4 weitere Anfälle, darauf Entbindung durch vaginalen Kaiserschnitt. Kind tot: 1650 g schwer, 0 cm lang. Keine weiteren Anfälle. Eßbach $^1/_4$ $^0/_{00}$ am 18. 12. Gesund entlassen. Reichliche Urinmengen, Spuren Eiweiß.

Fall 40.

Jahrgang 1914. Journal-Nr. 1243. Frau M. O.

43 J., XIII. para. I. Partus 1894 Eklampsie, 1. Abort. Eintritt 26. 8.; Entbindung 27. 8.; Austritt 1. 11. Seit dem 4. Monat geschwollene Beine, sonst Befinden gut. Eßbach 8 $^0/_{00}$. Am 26. 8. 3 ekl. Anfälle, darauf Aderlaß von 350 ccm Blut. Keine weiteren Anfälle. 27. 8. Nachm. 8,35 Spontangeburt in Steißlage. Kind tot. 2000 g schwer, 40 cm lang. 28. 8. Eßbach 5 $^0/_{00}$. Gegen ärztlichen Rat am 1. 11. entlassen.

Fall 41.

Jahrgang 1896. Journal-Nr. 8404. Frau K.

40 J., III. para. I. Partus 1893 — starke Oedeme, im Wochenbett Eklampsie. II. Partus 1894 — keine Oedeme, im Wochenbett Eklampsie.

Aufgenommen am 29. 2. 96. Kleine Frau, keine Oedeme, vollkommen bewußtlos. Uterus dem Ende der Schwangerschaft entsprechend vergrößert. 28. 2. Nachm. 6 Uhr Wehenbeginn. Nachts treten ekl. Anfälle auf, bis zur Einlieferung 8. Ein Arzt injizierte 0,01 Morphium; Chloroforminhalation. In der Klinik Nachm. 3,45 sehr heftiger ekl. Anfall. Muttermund vollständig erweitert, Forceps, Kind lebt: 3820 g schwer, 55 cm lang. 1. 3. Patientin klar, Eßbach 1 $^0/_{00}$, rechter Schilddrüsenlappen geschwollen, schmerzhaft. 7. 3. gesund entlassen. Urin eiweißfrei.

Fall 42.

Jahrgang 1892. Journal-Nr. 4710. Frau M. S.

27 J., IV. para. Bei den beiden ersten Geburten Eklampsie im Jahre 1885 und 1886 — Zangengeburten. Die dritte Geburt normal. Kind lebt. Will immer gesund gewesen sein. Kommt am 25. 7. krei-

ßend. Allgemein verrengtes Becken; an den unteren Extremitäten geringe Oedeme. Muttermund völlig erweitert. Blase enthält nur einige ccm trüben, braunen Urins, derselbe enthält $^7/_8$ Volumen Eiweiß. 2,50 Nachm. ohne Vorboten tritt ein ekl. Anfall auf, Atmung frei, nicht rasselnd. 3,30 Wendung der Extraktion eines lebenden Kindes von 3150 g Gewicht und 54 cm Länge. Die Extraktion des Kopfes machte einige Schwierigkeiten, bis derselbe mit deutlichem Ruck den Beckeneingang passierte. Am 2. 8. auf eigenen Wunsch entlassen.

Placentarbefund: Kalklagerungen an der Oberfläche.

Fall 43.

Jahrgang 1909. Journal-Nr. 1170. Frau D .B.

30 J., V. para. I. und II. Partus Eklampsie; III. und IV. Partus Nierenepathilien, granul. Zylinder. In Chloroformnarkose Erweiterung des Muttermundes durch Bossi; Sprengung der Blase, Wendung normal. Am 9. 9. wegen Eklampsie eingeliefert, draußen 3 Anfälle. Oedem der Beine und Bauchdecken. Urin grünlich-braun, trüb gerinnt beim Kochen, Eßbach 10 $^0/_{00}$. Eine Nierenentzündung wurde bereits vor 3 Wochen festgestellt. Im Sediment: rote Blutkörperchen, Extraktion eines asphyktischen Kindes von 3700 g Gewicht und 55 cm Länge. Am 18. 11. entlassen, Eßbach Spur. Im Sediment rote und weiße Blutkörperchen, granul. Zylinder. Urinmengen reichlich.

Zum Schluß sei es mir angenehme Plicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Bumm für die Ueberlassung des Themas und Herrn Dr. Ruge für freundlichen Rat aufrichtigst zu danken.

Literatur

Olshausen: Sammlung klin. Vorträge. Nr. 39, S. 329.

Goedecke: Ueber Eklampsie, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gänokologie 1901. Band 45, S. 45.

Esch: Ueber Eklampsie, Ztschrift. f. Geb. u. Gyn. 1906, Bd. 58, S. 14.

Ruge: Archiv für Gynaekologie 1918. Bd. 109, Heft 1.

Freund: Archiv für Gynaekologie 1917. Bd. 106.

Lichtenstein: Arch. f. Gynaekologie. Band 95.

Ahlfeld: Zur Pathogenese der Eklampsie. Zeitschrift f. Gän. und Geburtshilfe, 63. Bd. 1908.

Engelmann: Zentralblatt für Gynaekologie 1907. Nr. 11, S. 306.

Fett: Ueber Wiederholung von Eklampsie. Inaug. Diss. Marburg 1901.

Kermauner: Schonende oder forcierte Entbindung bei Eklampsie? Zentralblatt für Gynaekologie 1904. Nr. 36, S. 1060.

Holste: Viermaliges Auftreten der Eklampsie bei derselben Patientin. Berl. klin. Wochenschrift 1913, Nr. 41.

Chambrelent: Ein Fall von wiederholter Eklampsie in der 22. Graviditätswoche. Zentralblatt für Gynaekologie 1912, S. 208.

Lomer: Zentralblatt für Gynaekologie 1905, Nr. 51.

Goldberg: Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie 1908. Bd. 103.

Glockner: Archiv für Gynaekologie 1901. Bd. 63, S. 188 und 190.

Schreiber: Archiv für Gynaekologie 1896. Bd. 51, S. 350.

Rißmann: Zentralblatt für Gynaekologie 1903. Nr. 50, S. 1494.

Maly: Zentralblatt für Gynaekologie 1901. Nr. 34, S. 1011.

Büttner: Archiv für Gynaekologie 70, S. 377.

Zweifel, P.: Archiv für Gynaekologie 72, S. 73.

Zweifel, E.: Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe, sowie deren Grenzgebiete. Bd. 5, Heft 9, 1914.

Benthe: Ueber Wiederholung der Eklampsie. Inaug. Diss. München 1909.

Meyer-Wirz: Klinische Studie über die Eklampsie. Arch. für Gynaekologie. 71.

Olin, T.: Die Eklampsiefälle in der geburtshilflichen Klinik zu Helsingfors. Bergmann, Wiesbaden 1912.

Ref. in Münch. und Berl. med. Wochenschrift 1912 Nr. 11 und Zentralblatt für Gynaekologie 1912, Nr. 38, S. 1258.

Lebenslauf

Ich, Karl Böhmer, evangelisch-lutherischen Glaubens, wurde am 1. 7. 1894 in Zdunska-Wola (Polen) geboren. Ich besuchte das Gymnasium zu Kalisch, das ich 1912 absolvierte. Daraufhin studierte ich Medizin auf der Universität Kiew bis 1914. Durch den Krieg unterbrach ich mein Studium bis 1916, wo ich in Berlin am 26. Juni immatrikuliert wurde. Am 7. August 1919 bestand ich meine Doktorprüfung. Allen meinen hochverehrten Herren Lehrern sage ich an dieser Stelle herzlichen Dank!